

送付先

岡谷市病院事業 看護部 行

(Fax : 0266-23-0818)

平成28年度 看護学生インターンシップ 申込書

平成28年 月 日

ふりがな		
氏 名		
自宅住所	〒 -	
電話番号	自 宅 : - - 携 帯 : - -	
E-mail	@	
学 校 名 学 年		
研修希望日 (第1第2 希望日を記入)	• 第1希望日 月 日 () • 第2希望日 月 日 () ※右の4日間から希望日を記入	• 8月23日(火) • 8月24日(水) • 8月25日(木) • 8月26日(金)
研修に対する 希望		

※申込〆切 8月10日(水)まで