

長岡中央総合病院 看護学生インターンシップ 申込書

長岡中央総合病院インターンシップに参加ご希望の方は、本申込書を記載して下記までメール、ファックス 又は郵送してください

FAX 0258-33-9596

平成 年 月 日

フリガナ			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
氏名					
生年月日	年	月	日	歳	
住所	〒				
電話番号	携帯	自宅			
所属看護師 養成機関	名称				
	学年				
参加希望月日	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 2日コース <input type="checkbox"/> 1日コース
希望の病棟	<input type="checkbox"/> 内科系 <input type="checkbox"/> 外科系 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 特に希望病棟なし				
	<input type="checkbox"/> 複数病棟希望(2日の場合)				
インターンシップの 志望動機					
その他、実習中の 要望等あれば 記入してください					