

# 仁厚会病院 インターンシップ申込書

1. 研修期間 年 月 日 ( 曜日) ~ 月 日 ( 曜日)

日間

2. 氏名 \_\_\_\_\_ 女・男

3. 職種(該当するものを○で囲ってください); 看護師 准看護師

4. 生年月日 昭和・平成 年 月 日 ( 歳)

5. 学校名 \_\_\_\_\_

6. 卒業予定年度 平成 年 月 予定

7. 連絡先

(〒 \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

携帯電話番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

8. 希望する体験場所(該当するものを○で囲ってください)

外来・手術、外科系病棟、内科系病棟、療養病棟、その他 ( )

9. 宿泊希望(該当するものを○で囲ってください)

はい、 いいえ

10. その他希望等記載ください