

インターンシップ申込書

西暦 年 月 日

フリガナ			
氏名			
生年月日		西暦 年 月 日生(歳)	
所属		学校名	第 学年 在籍
連絡 先	現住所		
	TEL		
	E-Mail		
職場体験希望日 *土日祝日は除く	第一希望 月 日()	第二希望 月 日()	
研修希望部署	第一希望	第二希望	
その他 希望事項 等 (体験時間等)			

* 原則としてFAXでお申し込み下さい。

FAX番号 019-637-6021

《問い合わせ先》

盛岡赤十字病院 看護部 担当: 日時

電話番号 019-637-3111 内線 278

E-Mail nr-b@moriokajrc.or.jp