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（体験事項等） |  |

**＊メールまたはFAXでお申し込みください。**

E-Mail nr-b@morioka.jrc.or.jp

FAX番号 019-637-6021

≪問い合わせ先≫

盛岡赤十字病院　　　　　　看護部

電話番号　019-637-3111（内線278）