

Internship 申込書

下記事項に入力の上、e-mail・FAX・郵送のいずれかにてお申込ください

- 研修希望日 平成 年 月 日
 - 職種 看護師 ・ 准看護師 (どちらかに○をつけて下さい)
 - 氏名 男 ・ 女
 - 生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)
 - 学校名
 - 卒業年度 平成 年 3月卒業予定
 - 連絡先
住所 〒 - -
電話番号 - -
携帯電話 - -
メールアドレス @
 - ご希望の体験場所 病棟 ・ 手術室 (どちらかに○をつけて下さい)
 - その他、希望・質問がありましたらご記入下さい
-
-

送付先	⇒e-mail	y_namiki@tmg.or.jp
	⇒FAX	048-466-2059
	⇒郵送	〒351-8551 朝霞市西弁財 1-8-10
朝霞台中央総合病院 看護部インターンシップ受付係		