

インターンシップ参加申込み用紙

令和 年 月 日

ふりがな	
氏 名	
現住所	〒 —
連絡先	メールアドレス
	携 帯 緊急時の連絡です。通常はメール対応としています。
在 籍	在籍校（在籍病院）：
	学 年： 年

体験希望日	第1希望 月 日
	第2希望 月 日
体験希望病棟 ・ 業務内容	循環器内科病棟 ・ 産科小児科病棟 ・ 地域包括ケア病棟 ・ 外来部門（人工透析室 ・ 手術室） ・ 看護補助者業務

<担当> 〒033-0022 青森県三沢市大字三沢字堀口164-65
三沢市立三沢病院 看護局 教育担当 小笠原 満子
TEL0176-53-2161 (PHS7796) FAX0176-52-6023