

2021年度 那須南病院 インターンシップ申込書

申し込み月日 月 日

ふりがな 氏名		生年月日	年齢 歳	性別 男・女
看護学校名		学年	年	
連絡先	本人住所 〒	携帯番号 mail-adress		
	家族住所 〒	電話番号		
実施日	外科系体験日（全日木曜日になります）		第1希望日をお書きください	
	8月 5日 19日			
	9月 2日 16日			
	2月 3日 17日			
	3月 3日 17日			
	内科系体験日（全日木曜日になります）		第2希望日をお書きください	
	8月 12日 26日			
	9月 9日 30日			
	2月 10日 24日			
	3月 10日 24日			
インターン シップに参加 したいと思っ た理由				
ご要望等あり ましたらお書 きください				

