

## 2022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 (日中連絡がつく番号(携帯番号可))			
実施日	<b>(全日木曜日になります) 外科系体験日</b> <b>8月</b> 4日 25日 <b>9月</b> 8日 22日 <b>2月</b> 2日 16日 <b>3月</b> 2日 16日			第1希望日をお書きください
	<b>(全日木曜日になります) 内科系体験日</b> <b>8月</b> 18日 <b>9月</b> 1日 15日 29日 <b>2月</b> 9日 <b>3月</b> 9日 23日			第2希望日をお書きください
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				