

FAX送信

0463-31-2847

平塚市民病院 総務課 看護調整担当 行き

平塚市民病院

インターンシップ[®](看護体験)参加申込書

平成23年 月 日

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	性別	男・女
学校名	(学年) 卒業見込み 年 月		
現住所	〒 -		
電話番号	自宅 (- -)	携帯	※必ず記入してください (- -)
緊急連絡先	連絡先名 () ※ご本人以外の方を記入してください - -		
連絡先	(* 現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入) 〒		
メールアドレス	(PC・携帯)		
希望する病棟	外科系・内科系・その他 ()		
看護体験希望日	<input type="checkbox"/> 平成23年8月 1日 (月) <input type="checkbox"/> 平成23年8月 2日 (火) <input type="checkbox"/> 平成23年8月24日 (水) <input type="checkbox"/> 平成23年8月25日 (木) <input type="checkbox"/> 平成23年8月29日 (月) <input type="checkbox"/> 平成23年8月30日 (火)		
志望動機 要望など			