釧路協立病院　看護部行

FAX番号

**0154-25-8500**

FAX送付状

**釧路協立病院**

**看護学生インターンシップ申し込み用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| 　　 |  |
| 年齢・性別 | 　　　　　　　　歳　　　　　　　　　　男　・　女 |
| 学校名　学年 | 学校名：学　年： |
| 自宅住所 | 〒 |
| 携帯電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| インターンシップ希望コース | 第１希望　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　コース第2希望　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　コース |
| インターンシップ希望日（土・日・祝日除く） | 第１希望　　　　　　月　　　日第2希望　　　　　　月　　　日 |
| 応募のきっかけをおしえてください |  |
| 質問などありましたらこちらにご記入ください |  |

★申し込みはインターンシップ**希望日の10日前までに**お願いします。

★ご希望があれば複数のコースを体験することが可能です。こちらから連絡した際に詳細をきめていきます。