FAX：0967-34-2273　看護部　行

阿蘇医療センター【看護学生対象】インターンシッププログラム応募用紙

|  |  |
| --- | --- |
| フ リ ガ ナ氏　　　名 |  |
|  |
| 学　校　名 |  |
| 学　　　年 |  |
| 生年月日（年齢） | 西暦　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 性　　　別 |  |
| 住　　　所 |  〒 |
| 電話連絡先 | （自宅） |
| （携帯） |
| メールアドレス |  |
| 希　望　日（連続も可、土・日・祝日を除く） |  |
| 参加希望の理由 |  |
| 研修希望病棟または分野（希望に○をつけて） | 2階病棟／3階病棟／4階病棟／救急外来／透析室 |
| 備考（質問事項等） |  |

●郵送の場合

〒869-2225　　阿蘇市黒川1266

阿蘇医療センター　看護部「インターンシップ」受付　宛