|  |
| --- |
| 大崎市民病院　インターンシップ申込書ＦＡＸ番号　０２２９－２３－５３８０大崎市民病院　看護管理室　行 |

▶申込者情報　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 年齢 | 歳 | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　―　　　　　 |
| 電話番号 | （自宅） | （携帯） |
| メールアドレス |  |
| 学校名 |  | 学年 |  |

▶参加希望日

|  |  |
| --- | --- |
| 第1希望日 | 第2希望日 |
| 年　　　月　　　日（　　） | 年　　　月　　　日（　　） |