

インターンシップ申込書

受付日 年 月 日

受付者名 _____

宛先：南魚沼市立ゆきぐに大和病院 看護部
TEL:025-777-2111 FAX：025-777-3853
E-mail : kangobu@yukigunihp.jp

項目	内容
ふりがな 氏名 ・ 性別	(女性 ・ 男性)
生年月日	年 月 日生れ (満 歳)
住所	〒
電話番号	
在籍学校名と学年 又は職歴	
研修希望日と時間	希望日① 月 日 ()、時間：(: ~ :) 希望日②
当院での研修を 希望した理由	
希望する研修 内容	
その他	