

看護学生等インターンシップ申込書

宛先：南魚沼市立ゆきぐに大和病院 看護部

FAX：025-777-3853

E-mail:kangobuchou@yukigunihp.jp

| 項目 | 内容 |
|--------------------------|--------------------------------------|
| ふりがな 名前 | |
| 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日生まれ (満 才) |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | — — |
| 学校名 または 職歴等 | |
| 研修希望日 | 第1希望 平成 年 月 日 曜日 第2希望 平成 年 月 日 曜日 |
| 研修目的 又は当院を 選んだ理由 | |
| 研修を希望 するセクショ ン・内容等 | |
| その他 | |