|  |  |
| --- | --- |
| 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） | 回復期病棟／3病棟／5病棟／6病棟／療養病棟 |
| 備考（質問事項等） |  |

●郵送の場合

〒879-6692　　豊後大野市緒方町馬場276番地

豊後大野市民病院　看護部「インターンシップ」受付　宛