

FAX : 0974-42-3121 看護部 行

豊後大野市民病院【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)	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