

平成 29 年度 インターンシップ申込書

申込年月日：平成 年 月 日

申 込 方 法	本申込書に記載して下記までメール、FAX 又は郵送してください		
注 意 事 項	交通費（道内に限る）及び宿泊費は、病院が負担します		
参 加 希 望 日	<input type="checkbox"/> 1.5 日 <input type="checkbox"/> 1 日		
	第 1 希 望	月 日 . 月 日	
	第 2 希 望	月 日 . 月 日	
	第 3 希 望	月 日 . 月 日	
ふ り が な 氏 名			男 ・ 女
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日	歳	
連 絡 先	住 所：〒 ー		
	電 話：(携帯)	(自宅)	
	メー ル：(携帯)	(PC)	
所 属 養 成 機 関	学 校 名：		
	住 所：〒 ー		
	電 話：		
	養成課程年数：	年間	現在 ____年生
宿 泊 希 望 の 有 無	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
インターンシップの志望動機			

緊急連絡先	氏 名：
	電話番号：
	住 所：〒 ー

≪連絡先・申込先≫ 〒060-8570 札幌市中央区南 1 条西 14 丁目 291 番地 190
 社会医療法人医仁会 中村記念病院 看護部 高橋
 E-mail mlala313@gmail.com
 TEL. 011-231-8555 FAX. 011-231-8385