

秦野赤十字病院 看護学生インターンシップ

参加申込書

| ふりがな<br>氏名  | 学校名      | 性別 | 学年 | 希望日 |      | 希望部署 |     | *科 | 過去参加回数 |
|-------------|----------|----|----|-----|------|------|-----|----|--------|
| につせき あきこ    | 〇〇看護専門学校 | 女性 | 3  | 第一  | 8月7日 | 第一   | 5西  | 外科 | 1      |
| 日赤 明子       |          |    |    | 第二  | 8月8日 | 第二   | 外科系 |    |        |
|             |          |    |    | 第一  |      | 第一   |     |    |        |
|             |          |    |    | 第二  |      | 第二   |     |    |        |
| 住所          | 〒        |    |    |     |      |      |     |    |        |
| TEL・メールアドレス |          |    |    |     |      |      |     |    |        |

\* 記入に際し、不鮮明な場合がありますので、楷書ではっきりと濃く記入してください。

名前に必ずふりがなを付けてください !!

後日、メールまたは郵送でお知らせ致します。

\* 部署希望には、科の希望も記載してください。 例)外科、循環器内科 等。

【申し込み先】 〒257-0017 神奈川県秦野市立野台一丁目1番地

秦野赤十字病院 看護部 インターンシップ担当者 宛

TEL : 0463-81-3721 (内線・看護部 2304 )

E-mail:kangobu@hadano-jrc.jp