

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 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