看護学生のためのインターンシップ申込用紙

フリガナ 氏　　名	性別（　　）
生年月日	年　　月　　日　（　　）歳
現住所	〒
連絡先	ＴＥＬ　　自宅・携帯 E-mail 応募確認後メールまたは電話で連絡いたしますので、必ずご記入下さい。
学校名・学年	
看護体験 （複数記入可）	＜希望部署＞ ＜体験したい看護技術や処置＞ ご希望に添えない場合がありますのでご了承下さい。 希望理由がありましたら考慮しますのでご記入下さい。
インターンシップで経験したいこと	病院見学や救護服試着など、看護体験以外で経験してみたいことがあればご記入下さい。
その他	昼食は病院で準備しますがアレルギー等ありましたらご記入下さい。

高松赤十字病院　看護部
〒760-0017 高松市番町４丁目１番３号
TEL：087-831-7101(代表)看護部内線 2551、2552
FAX： 087-834-7809
E-mail：kango@takamatsu.jrc.or.jp