

## 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  E-mail	自宅・携帯
	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)	<p>&lt;希望部署&gt;</p> <p>&lt;体験したい看護技術や処置&gt;</p> <p>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。</p>	
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 3431、3432  
 FAX: 087-834-7809  
 E-mail: [kango@takamatsu.jrc.or.jp](mailto:kango@takamatsu.jrc.or.jp)