

## 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 3431、3432

**FAX : 087-834-7809**

E-mail : [kango@takamatsu.jrc.or.jp](mailto:kango@takamatsu.jrc.or.jp)