

## 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 <span style="float: right;">自宅・携帯</span>  E-mail  応募締切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) ※主にシャドウで 見学を予定してい ます。	<希望部署>  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)

