　学生インターンシップ申込書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 男  女 | | 生年月日 | 昭和・平成  　年　　月　　日  　　　　　　（　　）才 |
| 氏名 |  | |
| 学校名 | ★平成（　　　　）年卒業予定　現在（　　　）年生・専攻科（保健・助産） | | | | | |
| 連絡先  （案内の送付先） | 住所  ★TEL：（自宅）　　　　-　　　　-　　　★（携帯）　　　-　　　- | | | | | |
| 希望日 | 1. 第 １希望日（　　　月　　日　　曜日　　　） 2. 第 ２希望日（　　　月　　日　　曜日　　　） 3. 第 3希望日（　 　月　　日　　曜日　　　）   ＊期間は、1日～2日予定 | | | | | |
| 希望部署  希望部署に○を付けてください。 | 部署 | ○ | | やりたいこと、見たいことなどの希望 | | |
| Ａ　内科病棟  Ｂ　回復期病棟  Ｃ　整形外科病棟  Ｄ　地域包括ケア病棟 |  | |  | | |
|  | |
|  | |
|  | |
| ＊平日のみ | | | | | |
| 質問事項 | ご自由にお書きください。 | | | | | |

＊申込方法（申込書に必要事項を記入し、①郵送または②ＦＡＸにてお申込みください）

1. 下記宛先へ郵送

**〒879-5193**

**大分県由布市湯布院町川南252**

**ＪＣＨＯ湯布院病院**

**副看護部長　松隈　眞紀子　宛**

1. ＦＡＸ：**0977-84-3969（ＦＡＸ専用）**