

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
氏名				年 月 日 ()才
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
*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

② FAX: 0977-84-3969 (FAX専用)