

インターンシップ参加申込書

私は、下記のとおり、インターンシップに申込みます。

記入日 平成30年 4月 日

| | | | |
|--------------|-------|----|-----------|
| 氏名 | ふりがな | | |
| | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 日生 (歳) |
| 現住所 | ふりがな | | |
| | 〒 | | |
| | 携帯電話 | | |
| 連絡先 (滞在先) | | 電話 | |
| 看護学校名 | | | |

| | | | |
|---|--|------|------|
| 希望日程 ※右欄□に✓を記入して下さい。 | <input type="checkbox"/> 5 / 1 (火) <input type="checkbox"/> 5 / 2 (水) | | |
| 希望部署 (科) (例: 小児科、整形外科等) ※ご希望に沿えない場合があります。 | 第1希望 | 第2希望 | 第3希望 |
| その他希望事項等 | | | |