

インターシップ®研修申込書

1. 研修希望日 年 月 日

ふりがな

2. 氏 名 _____ 年 齡 () 歲 性 別 ()

3. 学校名 年生 卒業予定時期 年

4. 連絡先

本人住所

電話

メールアドレス

緊急連絡先

5. 希望する研修場所を○で囲んで下さい。

a. 急性期病棟 b. 産科病棟 c. 小児科病棟 d. 地域包括ケア病棟

6. 病院説明会に参加されますか。

参加 · 不参加

山梨赤十字病院 看護部