魚沼市立小出病院　看護部　インターンシップ参加申込書

申込み日　令和　　　　　年　　　　月　　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 年齢 | 性別 |
| 氏名 |  | 歳 | 男・女 |
| 現住所 | 〒　　　　　　　　　　　 |
| 連絡先 | 電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所 |
| メールアドレス |
| 学校名学年又は出身校 |  |
| 希望月日 | 第1希望　　　　　令和　　　　年　　　月　　　　日（　　　　） |
| 第2希望　　　　　令和　　　　年　　　月　　　　日（　　　　） |
| 昼食(いずれかﾁｪｯｸ) | □職員と一緒に食べ休憩する　　□一人で食べ休憩する。 |
| その他 | 特に見学・体験したい内容　　　開始・終了時間の希望 |
| 応募動機 |  |

　　※日にちについてはご希望に沿えない場合があります。その場合はご連絡いたします。