

見学・インターンシップ^o申込書

記載日 平成 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	年 齢	性 別
氏 名		H 年 月 日	才	
学 校		学 年	年	卒業予定 年
出 身 地	〒			
現 住 所	〒			
メールアドレス		連 絡 先		
見学実習内容について				
今回当院の見学 実習を希望した 理 由				
希 望 日	H 年 月 日 () ~ 月 日 () (計 日間)			
希望内容	あれば記入をお願いします。			
当 直	無し	宿 泊	要	
白 衣	要 (M)	シ ュ ー ズ	不要	
交 通 手 段	本人で手配			
移 動 時 間	入り分			
	月 日 : 駅(バス) ~ 月 日 : 新庄 駅(バス)			
移 動 時 間	帰り分			
	月 日 : 新庄 駅() ~ 月 日 : 駅()			
備 考 (病院記載)				

- 記録頂いた個人情報に関する内容は、看護師人事担当で責任を管理させていただきます。
- 当院での見学実習は、交通費及び滞在費等の経費を負担させていただきます。
- メールで連絡をいただくか、この用紙を 0233-29-2826 までFAXをお願いします。