

看護学生 病院見学申し込み用紙

氏名	年齢	歳	男・女
(〒 -) 住所			
電話番号(携帯含む)	①	()	
	②	()	
学校名			
	年	月	日 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込み

**※当日は学生証(又は学生証の写し)、実習用看護衣、
実習用シューズ(白いスニーカータイプの靴)をご用意ください。
※限られた時間ではありますが、直接現場を見学していただく予定
です。**

【参加希望日】

年 月 日 曜日

ご記入の上、下記の郵送先・FAX番号までお送りください。
※郵送の際は封筒に【インターンシップ(体験就業)申込用紙在中】とご明記ください。

■応募にあたってご提供頂いた個人情報については、インターンシップ(体験就業)への申し込み手続き・採用選考のための資料として
利用させていただきます。他の目的に使用する事はありません。また、第三者に開示・提供をする事ありません。



医療法人社団 曙会

流山中央病院

担当 看護部長

住所 千葉県流山市東初石2丁目132-2

電話番号(代表)：04-7154-5741

FAX番号:04-7155-0450