

インターンシップ申込書

ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日	希望日 第1希望: 月 日から 第2希望: 月 日から
現住所 〒 電話() —	
学校名 ()学科/()学年	
体験希望病棟 : 内科病棟 ・ 外科病棟 ・ 小児病棟 (希望病棟に○をしてください)	

FAX送信先: 東京逡信病院 看護部 03-5214-7395