

ご希望のコースを  
お選びください

I：国家試験 対策講座	II：テーマ別 インターンシップ	III：あなたのための インターンシップ
----------------	---------------------	-------------------------

申込書

申 込 日<西暦>	年 月 日 ( )
希 望 日<西暦>	年 月 日 ( )
ふりがな	
氏 名	
年 齢 / 性 別	歳 / 男性 ・ 女性
郵便番号	〒 ー
住 所	
最寄りの駅又はバス停 (小田原市以外の方)	駅 ・ バス停
電話番号	( )
メールアドレス	
学 校 名	
学 年	年
卒業予定年月<西暦>	年 月
ユニフォーム 貸出し希望 サイズ	<input type="checkbox"/> あ り <input type="checkbox"/> な し
	上着：S～3L              希望サイズ ( )
III：あなたのための インターンシップ スケジュール	<input type="checkbox"/> スタンダードプラン (9:30～12:30) <input type="checkbox"/> スタンダードプラン以外
備 考 (時間・内容等ご希望)	

お申し込み・お問い合わせ先

独立行政法人国立病院機構 箱根病院 副看護部長

Tel 0465-22-3196 (代) Fax 0465-23-1167

E-mail 221-kangobu@mail.hosp.go.jp

住所 神奈川県小田原市風祭 412