Ⅲ：あなたのための

インターンシップ

申込書

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

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 　　　　〒　　　　　－ |
| 住　　所 |  |
| 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 | □あ　り　　　　　　□な　し |
| 貸出し希望の方ユニフォームサイズ | 上着：S～3L　　　希望サイズ（　　　　　） |
| パンツと　ナースシューズ　は実習でお使いのものをご持参ください |
| スケジュール（**あなたのためのインターンシップ**） | □　スタンダードプラン（9：30～12：30）□　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・お問い合わせは、下記までお願いします

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