

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	
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	<input type="checkbox"/> あ り <input type="checkbox"/> 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)	<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