

国立病院機構東佐賀病院 インターンシップ 申し込み用紙

※インターンシップ参加申し込みは、研修日の1週間前までにお願いします。

ふりがな 氏 名	
年齢 性別	歳 男 ・ 女
看護学校名 (大学・専門学校)	学年 (1年 ・ 2年 ・ 3年 ・ 4年)
連絡先 ※項目は、必須記入 (申込後、日程、事務連 絡のため)	※携帯電話番号(電話可能時間帯：) ※メールアドレス 本人住所
希望日時	希望の日程をお書き下さい 第一希望 月 日 () 第二希望 月 日 ()
希望する研修部署	希望の順番に () 番号をつけて下さい () 呼吸器・結核病棟 ※ツ反陰性の方はご遠慮下さい () 2病棟(包括ケア) () 外科・整形外科・内科・小児科病棟 () 重症心身障がい児(者)病棟
備 考	その他ご希望、ご要望等があればお書き下さい