年　　月　　日

津山中央病院　病院長　様

津山中央病院　インターンシップ申込書

貴病院でインターンシップを行いたいので、申し込みいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 学　　校　　名 |  |
| 担　当　者　名 |  |
| 連絡先 | 住所 |  |
| TEL/FAX |  |
| ﾒｰﾙ |  |
| 希　望　日　程 | 第1希望日 | 第2希望日 | 第3希望日 |
| 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |
| ※インターンシップは原則1日で行います※担当者調整の為必ず第3希望までご記入下さい |
| 宿泊の希望 | 有　　　　無 |
| 参　加　者　名 | 1 | フリガナ　 | 性別 | 希望職種 | （　　年生） |
| 氏　名　 |  |  |
| 2 | フリガナ　 | 性別 | 希望職種 | （　　年生） |
| 氏　名　 |  |  |
| 3 | フリガナ　 | 性別 | 希望職種 | （　　年生） |
| 氏　名　 |  |  |
| 質　問　事　項連　絡　事　項 |  |

※参加者が多い場合は、別紙にて参加者名（フリガナ）、性別、希望職種、学年をお送りください

※希望職種については、医師、看護師（助産師）、薬剤師 等 事務含む全職種可能です。

　ご不明な場合はメールにてお問合せ下さい。