令和　　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　期　間 | ①　　　月　　　日　　～　　　　月　　　日　　（　　　日間）②　　　月　　　日　　～　　　　月　　　日　　（　　　日間）③　　　月　　　日　　～　　　　月　　　日　　（　　　日間） |
| 宿泊の希望 | 有　　　　無 |
| 参　加　者　名 |  | （　　　　年生） |
|  | （　　　　年生） |
|  | （　　　　年生） |
| 質　問　事　項連　絡　事　項 |  |

※参加者が多い場合は、別紙にて参加者名をお送りください