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