

インターンシップ申込書

ふりがな		性別	男 女
氏名		年齢	()歳
学校名		学年	()年生
住所			
電話番号			
希望する箇所に○をつけてください			
希望日		3月27日(水)	
		3月28日(木)	
希望診療科 ※2か所に○印を つけてください		内科病棟	
		外科病棟	
		重症心身障害児(者)病棟	

平成 31 年 3 月 18 日締め切り

申込み・問い合わせ先

国立病院機構 茨城東病院
 看護部 教育担当 庄司 妙子
 住所 〒319-1113
 茨城県那珂郡東海村 825
 電話 029-282-1151(代)
 FAX 029-282-7156