看護職員向け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			
希望する箇所に〇をつけてください			
希望日	(　　)	4 月 30 日(火)	
	(　　)	5 月 2 日(木)	
希望診療科 ※2 か所に〇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	

参加希望の方は、4 月 25 日(木)までに申込書に必要事項を記入の上、
郵送または FAX にてお申込みください。

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