

インターンシップ・病院見学申込み書（FAX用）

下記の内容で、インターンシップまたは病院見学を申し込みます。

希望内容 *該当の項目に○をつけてください

() インターンシップ () 病院見学

1) 氏名		
2) 在学学校 (学年)		
3) 現住所、郵便番号		
4) 年齢		
5) 性別		
6) 電話番号	TEL: FAX:	
7) 志望動機		
8) 希望日 *休日以外	第1希望日	月 日 午前 ・ 午後
	第2希望日	月 日 午前 ・ 午後
9) 白衣 *インターンシップ希望者のみ記入	S、M、L、LL→ () *カッコ内にサイズをご記入してください	
10) 電子メールアドレス	電子メールによる連絡 (可 ・ 不可)	
11) ご要望 その他 *体験したい希望部署があれば ご記入してください		

申し込み宛先：FAX 0743-63-6826

お問い合わせ

天理よろづ相談所病院 看護部 担当：畷川、柏田

E-mail : kangobu@tenriyorozu.jp

TEL : 0743-63-5611 内線 : 8961・3309