



企画申し込み用紙

学校名() 学年()
名前()

* 以下は必須項目ではありません。

* 連絡先は、お申し込みに関する詳細の連絡などに使わせていただきます。

なお、今後の企画に関する連絡をご希望の方は、必ずお書き下さい。

〒() 住所()
電話番号() 携帯()
メールアドレス()

1. インターンシップご希望の方

詳細をご連絡いたします。

- ①希望日(月 日 ~ 月 日) ()日間
- ②病院見学(したい 考える 必要ない)
- ③希望時間(: ~ :)
- ④希望の研修先()
- ⑤研修内容に関する要望
()

2. 病院見学ご希望の方

- ①希望日(月 日)
- ②時間 { 10時からでよい 相談したい→希望時間() }
- ③寮の見学(したい 必要ない)

☆お申し込み方法☆ 下記からお選び下さい。

- 1、郵送…この用紙に記入後、下記へお送りください
- 2、FAX…この用紙に記入後、下記へFAXしてください
- 3、メール…お名前、学校名、学年、連絡先と、希望の内容(インターンシップは①～⑤、病院見学は①～③)を、下記アドレスへメールをお願い致します。

お問い合わせ・お申し込み先

総合病院 鹿児島生協病院

看護師長室 本村隆子 樋渡美穂 前畑かおり

電話) 099-267-1455

FAX) 099-260-4783

メール) seikyoukango@yahoo.co.jp