



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) seikyokango@yahoo.co.jp