

企画申し込み用紙

学校名() 学年()
お名前()

※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。

〒() 住所()
連絡先電話番号()
メールアドレス()

1. インターンシップをご希望の方

- ①希望の事業所【 鹿児島生協病院 国分生協病院 その他() 】
部門 ()
- ②希望日(月 日 ~ 月 日) ()日間
- ③希望時間(: ~ :)
- ④病院見学(したい 考える 必要ない)
- ⑤研修内容に関する要望
()

2. 病院見学をご希望の方

- ①希望の院所(鹿児島生協病院 国分生協病院)
- ②希望日(月 日)
- ③時間【 午前 午後 相談したい→希望時間() 】
- ④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 (どちらからでも OK です)

○鹿児島医療生協 本部 本村隆子

電話) 099-268-8955 FAX) 099-284-5862

メール) takako_1126_m@yahoo.co.jp

○鹿児島生協病院 看護師長室 小野莉奈 上野真由美

電話) 099-267-1455 FAX) 099-260-4783

メール) seikyokango@yahoo.co.jp