

# 看護学生インターンシップ研修申込書

申込日 年 月 日

(申し込み先)

医療法人社団英志会 富士整形外科病院

〒417-0045 静岡県富士市錦町1丁目4番23号

担当：看護部長 磯部

下記の必要事項を記入し、FAXまたは郵送でお申し込み

**TEL : 0545-51-3751**

ください。お申し込み後は、担当まで確認のお電話を

**FAX : 0545-51-1540**

お願いいたします。

フリガナ		生年月日	年 月 日	性別	男 女
氏名			(才)		
自宅住所	〒 TEL:				
学校名	学年 ( )				
学校住所	〒 TEL:				
本連絡先	TEL		FAX		
	Eメール				
健康状態	現在治療中の疾患： 無 ・ 有 ( )				
	学校健康診断での指摘事項： 無 ・ 有 ( )				
白衣	<u>実習着を持参してください。</u> お持ちでない場合は白衣を準備しますので、身長と希望するサイズを○で囲んでください。 身長 ( cm) / サイズ： S ・ M ・ L ・ 2L				
体験希望日	第1希望	月	日		
	第2希望	月	日		
	第3希望	月	日		
※ 希望日の1カ月前までにお申し込みください。					
その他 (希望事項)					