**津山中央病院　看護部　宛 　　　　 FAX　0868-21-8200**

**TEL　0868-21-8111**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **インターンシップ　参加申込書** |
| **ふりがな**  **氏　　　名** |  |
| **生年月日** | **昭和・平成 　 年　　　月　　　日 生**  **（　　　　歳　）** |
| **現 住 所** | **〒** |
| **連 絡 先** | **TEL　　　　　　　　　　　　自宅　・　携帯** |
| **学 校 名** |  |
| **希望部署** | **○をつけてください。**  **外科 ・ 内科 ・ 小児 ・ 母性 ・ 救急** |
| **インターンシップ**  **で体験したいこと**  **をご記入ください** |  |
| **参加希望日** | **○をつけてください**  **７月２５日（火）　・　８月１８日（金）** |