**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２６日（木）　・　８月１７日（金）** |