

# 済生会今治病院看護部インターンシップ申込用紙

FAX : (0898) 48-5096

参加希望日	月 日
氏名（ふりがな）	
年齢・性別	（ ）歳（男・女）
学校名（学年）	
連絡先	TEL : E-mail : ※応募確認後、メールまたは電話でご連絡しますので、ご記入ください。 ※メールアドレスはパソコンからメールを受信できるアドレスの記載をお願いします。
希望部署	
身長	
服サイズ（S・M・L・LL・その他）	

○知りたいことや聞きたいことがあればご記入ください

--