**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

済生会今治病院　看護部