

富士病院 2019 夏季インターンシップ 申し込み用紙

本申し込み用紙は FAX および郵送の場合にご利用ください。
 メール・フォームでお申し込みの場合は、本申し込み用紙に記載されています
 内容に準じ、メール本文もしくはフォームの記載事項にご記載の上、送付をお
 願いいたします。

FAX の場合：0550-83-3362 富士病院看護部長室 行き

郵送の場合：

〒412-0043

静岡県御殿場市新橋 1784

公益社団法人有隣厚生会富士病院 インターンシップ係行き

メールの場合：hayashi@yuurinkouseikai.or.jp

氏名	ふりがな
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)
現住所	ふりがな
	〒
	電話
	携帯電話
緊急連絡先	ふりがな
	氏名 (続柄)
	電話
	携帯電話
学校名	(第 学年在籍/ 年卒業予定)
希望研修日	月 日
希望部署	第 1 希望: 第 2 希望: (超急性期病棟、急性期病棟、慢性期回復期病棟からお選びください)
その他 希望事項	

* 希望者多数の場合は、希望に添えない場合もございます。

* 研修希望部署につきましては、当院の[看護部 website](#)をご参照ください。