

2024年後期インターンシップ 参加申込書

インターンシップをお申し込みされる場合は、下記の項目をご記入いただき、
FAX もしくは 郵送 にてお申し込み下さい。

FAX : 0852-62-2546

応募者	氏名	(カナ) _____
	生年月日	_____
	学校名	_____
	卒業年 該当の項目に ○をつけて下さい。	() 年 月 卒業見込 () _____ 年 卒業 ※卒業年を西暦でご記入下さい。
参加希望日	インターンシップ・ 希望日 希望される日に ○をつけて下さい。	() 2024年12月10日(火)
		() 2024年12月23日(月)
		() 2025年1月10日(金)
		() 上記以外 月 日 ()

連絡先	住所	〒 _____
	☎(携帯電話)	_____
	メールアドレス	_____
希望する部署が あれば、ご記入下さい。		
その他 連絡・希望事項		

問い合わせ先 〒699-0293
島根県松江市玉湯町湯町1-2
独立行政法人地域医療機能推進機構 玉造病院
看護部 南 喜代美
TEL 0852-62-1560 FAX 0852-62-2546