

2025年夏季米インターンシップ 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。	() 2025 年 7 月 23 日(水)
		() 2025 年 8 月 6 日(水)
		() 2025 年 8 月 20 日(水)
		()
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 玉湯病院
看護部 板垣 幸子
TEL 0852-62-1560 FAX 0852-62-2546