

## 2026年インターンシップ 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 <small>該当の項目に ○をつけて下さい。</small>	( ) 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 <small>希望される日に ○をつけて下さい。</small>	( ) 2026年8月6日(木)
		( ) 2026年8月13日(木)
		( ) 2026年8月20日(木)
		_____
		_____
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  
 総務:岡田 看護部:板垣 幸子  
 TEL 0852-62-1560 FAX 0852-62-2546