

広島第一病院 看護師インターンシップ研修申込書

1. 研修希望日 ① 月 日 () ~ 日 ()

② 月 日 () ~ 日 ()

③ 月 日 () ~ 日 ()

※土曜・日曜・祝日を除く毎日（実施は2日間になります）

※時間は9:00~15:30（応相談）

※日程は調整の上ご連絡させていただきますので、第3希望までご記入ください。

※申込書をダウンロードし必要事項をご記入の上、郵送またはFAXにて下記宛先までご送付ください。

（ふりがな）

2. 氏名 _____

3. 年齢 () 歳 性別 (男 ・ 女)

4. 看護学校名 (大学・専門学校)

_____ 学年 (年)

5. ご連絡先

ご本人住所 _____

TEL 番号 _____

6. インターンシップ志望動機

7. 送付先

〒732-0013 広島市東区戸坂南2-9-15

(医)和風会 広島第一病院 看護部 教育委員会 宛

TEL (082) 229-0211 FAX (082) 220-2178