

インターンシップ申し込み

送信日 平成 年 月 日

送付先：独立行政法人国立病院機構
下総精神医療センター
副看護部長 坂本

FAX番号： 043 (291) 2602

申し込み者

氏名： 誕生 19 年生

住所： 〒 —

連絡先： ()

- ・ 該当する箇所に「○」を付けてください。

学生（看護学校・看護大学） 求職中

- ・ 在学中の方は、学校名をご記入ください。

学校名・病院名

- ・ インターンシップ申込番号を記載してください。

申込番号

その他ご質問等ございましたらご記入ください。