独立行政法人国立病院機構　北海道医療センター

**インターンシップ**　　参加申込

　　　　　　　　　FAX　０１１－６１１－５８２０

　　　　　　　　　　　看護部　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 申　込　み　用　紙 | |
| 必須  ふりがな |  |
| 必須  氏名 |  |
| 必須  住所 | 〒 |
| 必須  連絡先 | ＴＥＬ：  Ｅ-mail： |
| 必須  卒業年月日  （予定） | 既卒の方は卒業した年月日を記載してください |
| 必須  学校名 | 既卒の方は卒業した学校名を記載してください |
| 必須  希望日 |  |
| 備考  （希望病棟など） |  |

