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） |  |

