

浜の町病院 インターンシップ申込書

(FAXの場合の送付先) 国家公務員共済組合連合会 浜の町病院

FAX 092-721-9949

記入日またはFAX送信日 平成29年 月 日

参加希望日	いづれかに○を記入してください。 () 第1回 平成29年5月16日(火) 午前 () 第2回 平成29年5月16日(火) 午後 () 第3回 平成29年6月12日(月) 午前 () 第4回 平成29年6月12日(月) 午後
氏名	ふりがな()
住所	〒 県 市
電話番号	自宅(市外) — — 携帯 — —
学校住所 学校名	〒
学年	()年生 ※申し込み時点の学年
体験希望部署	希望部署に○を記入してください。 ()外科系病棟 ()内科系病棟 ()どちらでもよい ※ご希望どうりにならない場合があります。ご了承ください。
見学希望	見学希望のある場合は○を記入してください。 ()手術室

当院のインターンシップ
を志望した動機
(200字程度)