インターンシップ申込用紙

【申し込み先】　FAX：073-433-1105

社会医療法人スミヤ　角谷整形外科病院　角谷リハビリテーション病院　看護部

【希望病院】（どちらの病院を希望されるか〇をご記入ください）

（　　　　　）整形外科病院　　　（　　　　　）リハビリテーション病院

【参加希望日】（2つまで優先順位をご記入ください）

（　　　）2023年6月16日（金）

（　　　）2023年6月23日（金）

（　　　）2023年6月30日（金）

【氏名】（　　　　　　　　　　　　　　　　）

【性別】（　　）男性　　　（　　）女性

【連絡先】（　　　　　　　）-（　　　　　　　）-（　　　　　　　　）

日中に連絡がつく電話番号をお書きください

【学校名】（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【卒業年月】（　　　　　　　　　　　　　　　）西暦でお書きください

【お問い合わせ】

【注意事項】定員になりました時は、連絡先にお電話をさせていただき、日程の調整をさせていただきます。また、ご希望の日時に添えないことがあるかもしれませんが、ご了承ください。