

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○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。