独立行政法人国立病院機構宮崎病院　看護部インターンシップ申込書

令和　　年　　月　　日

学校名：

参加希望者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **氏名(ふりがな)** | **学年** | **希望日** | **電話番号** | **メールアドレス** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

必要事項をご記入の上、申し込みをお願い致します。

【インターンシップ担当】

独立行政法人国立病院機構宮崎病院

副看護部長　木下　悦子