

※ お申込みは郵送またはFAX

社団医療法人養生会 かしま病院

インターンシップ 申込用紙

お申込日: 令和 年 月 日

希望日	1. 8月5日(月)	2. 8月22日(木)
希望場所	1. 一般病棟 3. 地域包括ケア病棟	2. 回復期リハビリテーション病棟 4. 介護医療院

※ 番号を○で囲む

氏名	ふりがな	性別	男・女	生年月日	(西暦)
					年 月 日
住所	ふりがな				
	〒				
電話番号			緊急連絡先		
メールアドレス					
学校名	ふりがな	(令和) 年 卒業・卒業見込			
		(どちらか○で囲む)			
所在地	ふりがな				
	〒				

※ ご意見・ご希望等がございましたらご記入ください。

※ 本申し込みで知り得た個人情報は、第三者に提供または公開しません

担当者記入欄

受付日	令和 年 月 日	受付担当	
備考			