

※ お申込は郵送またはFAX

社団医療法人養生会 かしま病院

(FAX : 0246-58-8088)

## 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8日 (土)	2. 9月4日 (金)
希望場所	1. 一般病棟 2. 回復期リハビリテーション病棟 3. 地域包括ケア病棟	

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・卒業見込み			(どちらか○で囲む)
所在地	ふりがな 〒				
意見 要望等	1. インターンシップで確認したい項目と内容 (該当するものを○で囲む、複数可)				
	・業務内容 ・勤務形態 ・施設、設備 ・福利厚生 ・その他 内容 ( ) 2. ご意見、ご要望 (ありましたらご記入ください) ( )				

担当者記入欄

受付日		受付担当	
備考			