

医療法人 社団 全仁会  
東都春日部病院 病院長 木村 理 様

### 看護学生インターンシップ 参加申込書

令和 年 月 日

下記の通り、貴院のインターンシップに参加を申し込みます。

フリガナ				生年月日
氏 名				昭和・平成 年 月 日
在籍校				
学年	年生	当院での実習経験	あり ・ なし	
現住所	〒			
	TEL :		携帯電話 :	
メール アドレス	@			
希望日	第1希望日： 令和 年 月 日 ( )			
	第2希望日： 令和 年 月 日 ( )			
希望部署	急性期一般病棟 ・ 療養病棟			
体験を希 望した動 機				

※病院記入欄

インターンシップを許可致します。

病院長

印