

渚野辺総合病院 介護福祉士インターンシップ申込書

氏名(ふりがな)		年 月 日	年 齢	性 別
連絡先 住所 〒				
電話		携帯電話		
介護福祉士学生				
学校名		年生		
資格 保健師 助産師 看護師 介護福祉士 その他( )		年取得 ブランク期間 年		
研修希望コース・希望日 (希望コースを選択し、日付に○印をつけてください)				
①2021年8月12日(木)		第一希望	第二希望	
		( )	( )	
②2021年8月13日(金)		( )	( )	
宿泊希望				
あり		なし		
備考 (質問等はこちらにご記入ください)				
グループ内老健施設見学希望		する	しない	

※ご記入いただきました個人情報は、インターンシップ以外の目的で使用はいたしません。

渚野辺総合病院 看護部