

FAXインターンシップ申込書

Fax番号 046-849-7743

久里浜医療センター看護部宛

★個人情報のため番号をよく確認して送ってください

申し込み日

希望日に○を
してください

R7年 7/25(金) 8/1(金) 8/8(金) 8/15(金) 8/22(金)
8/29(金)

氏名：

〒

住所：

学校名：

卒業年に○
をしてください

2026年

2027年

2028年

メールアドレス：

@

電話番号：

希望病棟に○をお願いします

	1病棟	アルコール内科
	2病棟	アルコール科
	3病棟	精神科慢性期
	4病棟	精神科急性期
	特に希望しない	