

# 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

R6年 12/5(木) 12/6(金) 12/12(木) 12/13(金) 12/19(木)

12/23(月) 12/24(火) 12/25(水) 12/26(木)

R7年 3/7(金) 3/14(金) 3/21(金) 3/24(月) 3/25(火) 3/26(水)

氏名：

---

〒

住所：

---

学校名：

---

卒業年に○  
をしてください

2025年

2026年

2027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	