

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

R5年 12/21(木) 12/22(金) 12/25(月) 12/26(火) 12/27(水)

R6年 3/18(月) 3/19(火) 3/21(木) 3/22(金) 3/25(月)

氏名:

〒

住所:

学校名:

卒業年に○
をしてください

2024年

2025年

2026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