

申込日 令和 年 月 日

インターンシップ・病院見学申込書

希望申込内容

1. インターンシップ 2. 病院見学

希望職種

1. 看護師 2. 薬剤師 3. その他()

実施日

第一希望 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
第二希望 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
第三希望 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

申込者名

連絡先

学校名

学 年

連絡先 能代山本医師会病院 庶務課

Tel 0185-58-3311

Fax 0185-58-5051

mail jimu@ny-ishikaihp.jp