

FAX 0154-25-7308

釧路労災病院 総務課行
(送り状をつける必要はありません)

釧路労災病院 看護部 インターンシップ申し込み用紙

ふりがな		年齢	性別
氏名			
学校名		学部名(専攻名)	学年
自宅住所	〒		
携帯電話番号			
メールアドレス			
インターンシップ 希望部署	第1希望部署	第2希望部署	
インターンシップ 希望日	第1希望	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 の 日間	
	第2希望	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 の 日間	
* インターンシップの希望日の一週間前までにお送りください。 * インターンシップの日数は、1日もしくは2日となります。どちらかを選んでください。			
応募の動機			