

医療法人社団仙石病院

看護師インターンシップ申込書

以下に記入し FAX(0225-83-4310)にてお申し込み下さい。
申込者の個人情報、今回のインターンシップ以外の目的には使用しません。
参加決定しましたら、お電話でご連絡します。

1、氏^{ふりがな}名： _____ 年齢： _____ 才 性別： _____

2、学 校 名： _____ 学年： _____

3、本人住所： _____

電 話： _____ - _____ - _____

家族住所： _____

電 話： _____ - _____ - _____

4、看護実践体験のため健康状態の質問にお答え下さい。

1)現在治療中の疾患： 無 ・ 有(_____)

2)学校の健康診断の異常： 無 ・ 有(_____)

5、白衣の無い方には準備しますのでサイズを記入して下さい。

S ・ M ・ L ・ LL ・ その他

6、当病院までの交通手段を記入して下さい。

JR仙石線 ・ 自家用車 ・ その他(_____)

7、その他、希望すること

仙石病院 FAX 0225-83-4310