

看護師・助産師 インターンシップお申し込み用紙

FAX：0877-45-6410

ご記入後、上記FAX 番号までお送りください。

| | | |
|--|--|--|
| 名前（必須） | | |
| 住所（必須） | | |
| 学校名・学年（必須） | | |
| 電話番号（必須） | | |
| メールアドレス（必須） | | |
| 希望日（必須） | <input type="checkbox"/> 2019年8月16日（金） <input type="checkbox"/> 12月26日（木） <input type="checkbox"/> 2020年3月26日（木） | |
| 体験場所（必須） （第1希望から第3希望までチェックを入れてください。ただし、希望に添えない場合があります。） | 第1希望 | <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> HCU <input type="checkbox"/> 救急外来 <input type="checkbox"/> 助産（助産学生のみ） |
| | 第2希望 | <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> HCU <input type="checkbox"/> 救急外来 <input type="checkbox"/> 助産（助産学生のみ） |
| | 第3希望 | <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> HCU <input type="checkbox"/> 救急外来 <input type="checkbox"/> 助産（助産学生のみ） |
| 備考 | | |