

FAX : 0280(23) 7120
E-mailアドレス : kango@koga.jrc.or.jp

古河赤十字病院 看護部宛

インターンシップ参加申込書

申し込み： 月 日

フリガナ 氏 名		性別 男・女
フリガナ 連絡先住所	〒 TEL:	
E-mailアドレス		
在学学校名（学年） 又は、卒業学校名	(年生)	
出身県（本籍）		
希望日	希望日に○をつけて下さい 見学会 () 6月20日 (木) インターンシップ () 7月23日 (木) () 7月30日 (木) () 8月6日 (木) () 8月13日 (木)	
備考		

古河赤十字病院 看護部