

インターンシップ・看護体験申込書

医療法人社団 野村会 昭和の杜病院

参加希望日	第1希望 年 月 日 ()	第2希望 年 月 日 ()			
フリガナ		性別	生年月日 (西暦)	年齢	
氏名		男・女	年 月 日	歳	
住所					
携帯電話		e-mail			
学校名 (現在学生の方のみ)		卒業予定			
職種	看護師 (正・准)・既卒・社会人 中学生・高校生・大学生・その他 ()				
当院を知ったきっかけ	学校のパンフレット・ホームページ・求人サイト・看板・知り合いから その他 ()				
当院を選んだ理由					
当院に望むこと					
他の見学先					
ユニフォームのサイズ	S	M	L	LL	その他 ()
昼食をご用意いたしますので食物アレルギーがある方はご記入ください。					
病院記入欄 病棟 ()					