インターンシップ　申込書
医療法人　愛生館　小林記念病院

介護士用

FAX送信先
0566－41－0352

氏名	ふりがな	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生　（　　）歳	
現住所	ふりがな 〒	
	電話番号	
	携帯電話	
緊急連絡先	ふりがな	続柄
	電話	
＊学校名		学年在籍
＊学校所在地	県　　市	＊学生の方のみ記入

希望の研修日・部署にチェックを入れてください。

希望研修日	月　　日　（　　）	
	月　　日　（　　）	
希望部署	第1希望	第2希望
	□病院（回復期ﾘﾊﾋﾞﾘ病棟ほか）	□病院（回復期ﾘﾊﾋﾞﾘ病棟ほか）
	□デイケア　□デイサービス	□デイケア　□デイサービス
	□特別養護老人ホーム　□老人保健施設	□特別養護老人ホーム　□老人保健施設
備考		

担当者:看護管理室　友原