FAX

博愛会病院　看護部　　FAX番号　　092－741－2627

施設見学・インターンシップ申込書

希望コース	施設見学　・　インターンシップ　（〇で囲んでください）
ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名	
住　所	〒　　－
電話番号 （連絡が取れる番号）	
生年月日（年齢）	西暦　　年　　月　　日（　　歳）
学校名	
希望日 （第2希望まで記入ください）	希望日の1週間前までに申し込みをお願いします 第1希望：西暦　　年　　月　　日（　　） 第2希望：西暦　　年　　月　　日（　　）
備考 ※質問などあれば お書きください	

※　お1人1枚で申し込みをお願いします

※　申し込みは電話、Eメールからでも受付しております

※　提出された書類に記載された個人情報は、インターンシップ終了後までは厳重に保管し、今年度の募集期間終了後に廃棄処分します

※　インターンシップを希望する方は、ユニフォーム・くつを準備ください（既卒の方は当院で準備します）

特定医療法人財団博愛会　博愛会病院
看護部　（担当：國武・田中）　人事課（担当：古川）
TEL　：　092－741－2626
FAX　：　092－741－2627
Eメール：recruit@hakuaikai.or.jp