高知県立あき総合病院

看護師インターンシップ申し込み書

１　氏名：

２　年齢：　　　　　　性別：

３　所属・学校名（学年）：

４　連絡先 ：（電話）

　　　　　 （メールアドレス）

５　インターンシップ希望日：第１希望　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　第２希望　　　年　　　月　　　日

６　インターンシップ希望部署・診療科：

７　ユニフォームの有無

□　学校のユニフォーム　名札　シューズ　持参可能

 □ ユニフォーム　名札　持参できない

　　　　　持参しない場合サイズ　上着（　　　）ズボン（　　　）