

# インターンシップ申込書

ふりがな 氏名			
学校名		学部 学科	
性別		学年	
連絡先	住所 〒            -		
	電話番号	E-Mail	
希望日		希望日数	1日間 または 2日間 (どちらか○で囲んでください)
その他 連絡事項			

< 申込書送付先・お問い合わせ先 >



0972-62-5599



0972-62-3928

コスモス病院 看護部

担当：亀井千佳 / 安東直美