

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	半日間 1日間 2日間 (希望の日数を○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