

看護学生等インターンシップ申込書

宛先：南魚沼市民病院 看護部

F A X：025-788-1231

E-mail：kangobuchou@yukigunihp.jp

項目	内 容
ふりがな 名 前	
性 別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生まれ（満 才）
住 所	〒
電話番号	— —
学校名 または 職歴等	
研修希望日	第1希望 平成 年 月 日 曜日 第2希望 平成 年 月 日 曜日
研修目的 又は当院を 選んだ理由	
研修を希望す るセクショ ン・内容等	
その他	