看護学生等就業体験申込書

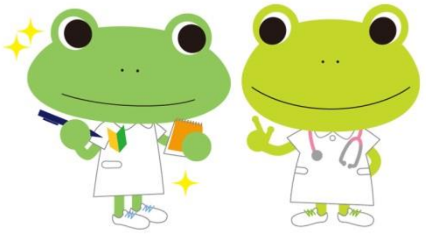
宛先：南魚沼市民病院　看護部長室
ＦＡＸ：025-788-1231
E-mail：kangobuchou@yukigunihp.jp

受付日　　月　　日　　受付者名

項　目	内　　　　容
ふりがな 名前	
性別	男　　・　　女
生年月日	年　　月　　日生まれ　（　　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　令和　　　年　　　月　　日　　曜日 第２希望　令和　　　年　　　月　　日　　曜日
研修目的 または当院を 選んだ理由	
研修を希望する セクション・ 内容等	
その他	

看護学生等インターンシップアンケート

南魚沼市民病院



本日はお疲れ様でした。
当院の看護現場はいかがでしたか。体験を通しての感想をご自由にお書きください。

令和　　年　　月　　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ありがとうございました。今後の看護や研修に生かしたいと思います。