

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

F A X：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	