

関東病院 令和元年看護学生インターンシップ申込書

FAX 045-754-0114

希望日時：第1希望 月 日（ ） 第1希望 月 日（ ）

申込者氏名	フリガナ
学校名及び学年	学校名： 学 年： _____ 年生
連絡先	電 話： メー ル：
準備するもの	①ユニフォーム ②シューズ ③昼食

連絡先 tel 045-754-0111

E-mail :

k_saitou@isogohp.jp

