

箱根病院インターンシップ申込書

申 込 日	平成 年 月 日
インターンシップ 希 望 日	平成 年 月 日
ふりがな	
氏 名	
郵便番号	〒 ー
住 所	
電話番号	()
メールアドレス	
学 校 名	
学 年	年
卒業予定年月	平成 年 月
ユニフォーム 貸出し希望	<input type="checkbox"/> あ り <input type="checkbox"/> な し
貸出し希望の方 ユニフォームサイズ	上 着・S~3L 希望サイズ ()
	パンツ・S~5L 希望サイズ ()

* お申し込み・お問い合わせは下記までお願いします。

独立行政法人国立病院機構 箱根病院

副看護部長 大橋 純子

Tel 0465-22-3196 (代) 内線 8115

Fax 0465-23-1167

e-mail 221sy01@hosp. go. jp