訪問看護版インターンシップ申込書

申し込み締め切り　　　令和6年8月30日（金）

送信先　　FAX：082-295-5361（事業部・森本）

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  氏名 | 学校名・学年    年生 |
| 連絡先  ＊日程が決まり次第連絡します。必ず連絡がつく電話番号を記入してください。　メールでの連絡を希望される場合は、メールでお申し込みください。  電話番号： | |

体験希望のステーション名と希望日をお書きください。

希望日の3週間前までに申し込んでください。看護協会が日程の調整をいたしますので、希望を複数あげていただくと調整がしやすくなります。ご協力をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 希望するステーション名 | 希望日 |
| 第1希望 |  |  |
| 第2希望 |  |  |
| 第3希望 |  |  |

体験したい内容・質問

申し込みに際して得た情報は、インターンシップに伴う連絡や運営に用います。

この利用目的の範囲をこえて、個人情報を取り扱うことはありません。

**<個人情報の取り扱い>**