

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	電話番号： *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。

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

[]

<個人情報の取り扱い>

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。