

# 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8年8月28日(金)

送信先

FAX: 082-295-5361 (事業部・同々)

ふりがな 氏名	学校名・学年 年 生
体験時の年齢 才	ユニホーム上着のサイズ ※S・M・L等でお書きください
連絡先 電話番号： メールアドレス：	※日程が決まり次第連絡をしますので、日中に連絡がつく連絡先をお書きください。 電話番号は緊急用に研修先にもお伝えします。

体験希望のステーション名と希望日をお書きください。看護協会が日程の調整をしますので、希望を複数あげていただくと調整がしやすくなります。

※希望日の3週間前までに申し込んでください。

	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

( )

学校名や名前を伏せた上で看護協会のホームページ等に写真をアップすることは可能ですか？

可能

不可能

顔が見えなければ可能

<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。