

FAX 送信先：PL 病院 0721-25-9405

看護学生対象 インターンシップ申し込み用紙

申込日 平成 年 月 日

FAX・電話にてお申し込みください。
受付後、2～3日中に、担当者から申し込み可否のご連絡をさせていただきます。

*参加希望日：第1～3希望までご記入ください

第1希望… 月 日 (曜日)

第2希望… 月 日 (曜日)

第3希望… 月 日 (曜日)

*体験希望場所に○印を付けてください（ご希望に添えないこともあります）

HCU 手術室 内科病棟 外科系病棟 小児科病棟 産婦人科病棟

地域包括ケア病棟 療養病棟 その他 ()

氏 名： _____ 年齢 歳 性別： 男 女

住 所：〒 _____

電話番号： _____ (日中ご連絡のとれる電話番号をご記入ください)

メールアドレス： _____

学 校 名： _____

お問い合わせ・連絡先： PL 病院 看護部長室

〒584-8585 大阪府富田林市新堂 2204

TEL 0721-24-3100 (内線 3314)

対応時間 (平日) 8:30～17:00 (土曜) 8:30～12:30