

# インターンシップ申し込み

送信日 令和 年 月 日

送付先：独立行政法人国立病院機構  
下総精神医療センター  
副看護部長 大橋

FAX番号： 043 (291) 2602

## 申し込み者

氏名： 誕生 西暦 年 生

住所： 〒 -

連絡先： ( )

- ・ 該当する箇所に「○」を付けてください。

学生（看護学校・看護大学） 求職中

- ・ 在学中の方は、学校名をご記入ください。

学校名 ・ 病院名 学年

- ・ インターンシップ申込番号を記載してください。

申込番号

- ・ 希望病棟をご記入ください。

第1希望 第2希望