

## 看護師インターンシップ研修申込書

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (性別: ☐男 ☐女)

看護学校名 \_\_\_\_\_ ☐平成 ☐令和 \_\_\_\_\_ 年 ☐卒業 ☐卒業見込

〒

住 所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### 1. 研修希望日をチェックしてください。

☐ 2025 年 8 月 29 日 ( 金 )

☐ 2025 年 9 月 8 日 ( 月 )

### 2. 研修希望する科をチェックしてください。

☐ 内科系 ☐ 外科系 ☐ 小児科 ☐ 産科

☐ その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 3. 白衣希望についてチェックしてください。

☐ 不要

☐ 必要 (サイズ \_\_\_\_\_ )

### 4. ご不明な点がありましたら記入してください。