

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。

☐ 2026 年 8 月 7 日 (金)

☐ 2026 年 8 月 28 日 (金)

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。