



博愛会病院 看護部 FAX番号 092-741-2627

## 施設見学・インターンシップ申込書

希望コース	施設見学 ・ インターンシップ (○で囲んでください)
フリガナ 氏名	
住所	〒           —
電話番号 (連絡が取れる番号)	
生年月日(年齢)	西暦           年           月           日 (           歳)
学校名	
希望日 (第2希望まで記入ください)	希望日の1週間前までに申し込みをお願いします 第1希望:西暦           年           月           日 (           ) 第2希望:西暦           年           月           日 (           )
備考 ※質問などあれば お書きください	

- ※ お1人1枚で申し込みをお願いします
- ※ 申し込みは電話、Eメールからでも受付しております
- ※ 提出された書類に記載された個人情報、インターンシップ終了後までは厳重に保管し、今年度の募集期間終了後に廃棄処分します
- ※ インターンシップを希望する方は、ユニフォーム・くつを準備ください(既卒の方は当院で準備します)

特定医療法人財団博愛会 博愛会病院  
看護部 (担当:田中/松本) 人事課(担当:古川)  
TEL : 092-741-2626  
FAX : 092-741-2627  
Eメール: recruit@hakuikai.or.jp