

# 夏休みエクスターンシップ申込用紙

- \* 研修対象者 看護学生
- \* 申込〆切 平成29年8月9日(水) 16時



送付先：伊東市民病院

〒414-0055

静岡県伊東市岡196番地の1

TEL：0557-37-2626

FAX：0557-35-0631

発信元：

申し込み年月日		平成29年	月	日
参加日	1	平成 29年 8月 23日 (水) ~ 8月24日 (木)		
	2	平成 29年 8月 23日 (水) のみ		
	3	平成 29年 8月 24日 (木) のみ		
ふりがな		男・女	学校名	
氏名		( 歳)	学年	年
住所	〒			
最寄駅	線		駅	
連絡先	申込を受付けましたらお電話でお知らせいたしますので、繋がりやすい電話番号をお書きください。 また、希望がありましたら曜日や時間帯も併せてご記入ください。			
<p>■「寮見学」に参加しますか？ ( 参加する 参加しない )</p> <p>■「懇親会」23日18時~19時に参加しますか？ ( 参加する 参加しない )</p> <p>■ 宿泊を希望しますか？ ( 23日宿泊希望 希望しない )</p> <p>■ この研修を何でお知りになりましたか？</p> <p>1. 学校の掲示 2. 病院説明会 3. 当院のHP 4. 友人、知人の紹介</p> <p>5. その他 ( )</p> <p>■ その他、希望・質問事項などありましたら、ご記入ください。</p>				

※ 8月16日(水)までにこちらから連絡がない場合にはお電話でお知らせください。