

インターンシップ申込書

令和 年 月 日

新潟県立新発田病院長 様

申請者
学校名・学年

氏名 印

住所

新潟県立新発田病院インターンシップにつきまして、承認されたく申請します。

記

1. 希望日

- 1) 月 日 ()
2) 月 日 ()
3) 月 日 ()

2. 当院での実習経験の有無

有 ・ 無

(実習した病棟： 時期：)

3. インターンシップ参加の目的・抱負など

4. 連絡できる電話番号と時間帯

- 1) (: ~ :)
2) (: ~ :)