**松山赤十字病院　看護インターンシップ参加申込用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  |
| 年齢・性別 | 　（　　　　　）歳　　　　（　男　　女　）　　　　　　　　　　　　　　　〇をつけてください。 |
| 連絡先 | 1. 申し込み受付の連絡

　E-Mail（数字やアルファベットの区別を**明確に**ご記入下さい。） TEL＊応募確認後、連絡をいたします。**必ずメールアドレスと電話番号の両方**をご記入ください。こちらからのメールをブロックしないよう確認をお願いします。なお、5日以内に連絡がない場合はお問い合わせください。 |
| 1. 開催決定後の通知の送り先

〒住所 |
| 学校名 |  |
| 希望日 | ○をつけてください。（　　　）第1回目　　令和3年8月11日（水）（　　　）第2回目　　令和3年8月12日（木）（　　　）どちらでもよい |
| 質問事項等 | 質問事項や確認事項等がありましたらをご記入ください。 |

松山赤十字病院　看護部