

病院見学・インターンシップ申込用紙

*ご希望の項目に○をつけ、希望日をご記入ください。

(原則、指定日にさせていただきます。それ以外でのご希望の際には、ご相談ください)

()	病院見学	月	日	希望
()	インターンシップ	月	日	希望

下記の内容をご記入ください。

※この内容は個人情報として厳重にお取り扱いさせていただきます。

ふりがな お名前	
見学理由	以下に当てはまる内容に○をしてください。 ・ () 看護師 ・ () 療養介助専門員 ・ () 業務技術員 (看護助手) で勤務を希望するため
連絡先 (TEL)	
連絡先 (アドレス)	

*看護系の学校に在籍されている方は、以下の記入をお願いいたします。

学校名	
学年	年

*既に看護師の免許をお持ちの方は、以下の記入をお願いいたします。

学校名	
経験年数	
経験した診療科	

お問い合わせ

独立行政法人国立病院機構 西別府病院
教育担当看護師長

住 所 : 大分県別府市大字鶴見4548番地
電話番号 : 0977 (24) 1221 (内線 732)
FAX : 0977 (26) 1163

