

インターンシップ（看護体験ワークショップ）申し込み用紙

申し込み年月日	年 月 日	
ふりがな 参加者氏名		女性 ・ 男性
生年月日	年 月 日	年齢 歳
学 校 名		回生
住 所	〒	
電 話		
メールアドレス		
<p>参加希望コース（希望コース名を○で囲み、参加希望日時をご記入下さい）</p> <p>◆1泊2日コース ◆1日コース</p> <p>※希望日程 年 月 日 ~ 日</p>		

*頂いた個人情報は今回のセミナー以外には使用せず、終了後は責任をもって処理いたします。

※準備の都合上、下記の内容をお知らせください

■ 寮（ゲストルーム）を利用 する ・ しない

■ 利用する場合 宿泊開始日 月 日 ~ 帰る日 月 日

■ 職員食堂の申込

参加日	月 日		月 日		月 日		月 日	
食 事	昼	夕	昼	夕	昼	夕	昼	夕
希 望								

(必要なところに○をつけてください) ※アレルギーのある方は申し出てください

■ インターンシップで学びたいことはどんなことですか？

下記あてにご郵送ください

医療法人稲門会 いわくら病院

お問い合わせは 総務課人事係まで

〒606-0017 京都市左京区岩倉上蔵町101 Tel 075-711-2445 Fax 075-722-7898

URL [http:// www.toumonkai.net/](http://www.toumonkai.net/)

Email [jinji@toumonkai.net](mailto:jinj@toumonkai.net)