

笹生病院看護師インターンシップ申込書

ふりがな			
氏名			性別 ____
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ____年 ____月 ____日	年齢 ____歳	
住所	〒 電話番号 ()		
学校名			学年 ____年
研修希望日	<input type="checkbox"/> 平成30年 3月 28日(水)		
	<input type="checkbox"/> 平成30年 4月 14日(土)		
	<input type="checkbox"/> 平成30年 5月 26日(土)		
	<input type="checkbox"/> 平成30年 8月 8日(水)		
研修希望部署	<input type="checkbox"/> 一般病棟 <input type="checkbox"/> 回復期リハビリ病棟 <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> 手術室		
要望・その他			

申込方法

ご希望日2日前までに電話、メール、FAXのいずれかでお申込みください。お電話の方は氏名、年齢、連絡先、ご希望日、希望部署(一般病棟、回復期リハビリテーション病棟、ICU、手術室)を2つお伝えください。メール、FAXの方は下記申込書に記入の上お送りください。

郵送: 〒662-0964

兵庫県西宮市弓場町5番37号
笹生病院 事務局 人事採用課

FAX: 0798-36-0526

メール: mitani@saso.or.jp