

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29年 2月 15日(水)	
	<input type="checkbox"/> 平成29年 3月 15日(水)	<input type="checkbox"/> 平成29年 3月 25日(土)
	<input type="checkbox"/> 平成29年 4月 22日(土)	
	<input type="checkbox"/> 平成29年 5月 17日(水)	<input type="checkbox"/> 平成29年 5月 27日(土)
	<input type="checkbox"/> 平成29年 8月 8日(火)	
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