

碧南市民病院 実習申込書

下記のとおり、貴院での実習を希望いたします。

ふりがな			
氏名	様 (男・女)	年齢	歳
連絡先	〒 (ご実家: 県 市・町・村)		
電話番号			
携帯電話			
メールアドレス			
学校名 / 学科	(学年 年生)		
実習希望日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 () 宿泊希望 あり ・ なし		
実習目標等			
当院での実習を希望した理由			

- ・ 病院実習の申し込みについて、このフォームに必要事項を記入の上、**申込期限の2週間までに**届くようFAX等で送付願います。
- ・ いただきました個人情報については、今後の連絡先等に使用させていただきます。

【申込先】

〒447-8502

愛知県碧南市平和町3丁目6番地

経営管理部管理課総務係

TEL (0566) 48-5050 (内線2503)

FAX (0566) 48-5065

E-mail: BKANRIKA@city.hekinan.lg.jp