

送付先： 医療法人社団真仁会
 南部郷総合病院・南部郷厚生病院・北日本脳神経外科病院 宛
 FAX 番号： 0250-58-3019 電話番号： 0250-58-6118

インターンシップ申し込み書

申 込 日	月 日
ふ り が な 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
ご 住 所	〒
ご 連 絡 先	電話番号 携帯電話番号 電子メールアドレス ※当方より確認の連絡を差し上げます 連絡先を最低1つ記入願います
学 校 名 卒 業 (予 定)	年卒業 (予定)
研 修 希 望 部 署	<input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 小児科 (南部郷総合病院) <input type="checkbox"/> 透析 (南部郷厚生病院) <input type="checkbox"/> 脳神経外科 (北日本脳神経外科) ※研修希望部署1つにメ印をつけて下さい
参 加 希 望 日	参加希望日をご記入下さい (1日だけのご希望の際はその日の日付のみご記入下さい) 第一希望：平成 年 月 日(火)～ 日(水) 第二希望：平成 年 月 日(火)～ 日(水)