添書不要

インターンシップ等　申込書

（必要事項を記入してFAXしてください。）

**FAX番号　０２４４－４６－４８７０**

|  |  |
| --- | --- |
| **JA福島厚生連**  **鹿島厚生病院　看護部長　宛** | |
| **氏名** |  |
| **連絡先（電話番号）** |  |
| **希望日** | **第１希望**  **第２希望** |
| **希望する体験内容等**  （□に✔を入れて下さい） | **□看護師業務**  **□看護補助者業務**  **□その他の職種（　　　　　　　　　　　）** |
| **その他（質問事項等）** |  |

**後日、担当者よりご連絡いたします。**

鹿島厚生病院　TEL　0244-46-5125