国立病院機構高知病院

インターンシップ・病院見学　申込用紙

※上記のどちらかを〇で囲んでください

送信先
ＦＡＸ　088－843－6385
国立病院機構高知病院
看護部　副看護部長　宛

お名前	
連絡先	ご住所
	電話・FAX
	E-mail
学校名・学年	学校名 学　年　　年生
希望日	月　　日（　　）
希望病棟	第１希望　： 第２希望　：
ご質問など	

※申し込み、お問い合わせは平日 8:30～17:15 に受け付けます。

※申し込みに際して得た個人情報は、インターンシップの実施運営に関する作業のみを目的として使用いたします。