

(別紙)

インターンシップ（職場体験）申し込み用紙

申込日 年 月 日

| | |
|------|---|
| 希望日程 | 年 月 日（曜日）～ 年 月 日（曜日） |
| 宿泊希望 | 有 ・ 無 (園内の宿泊施設を利用される場合、寝具代350円をお支払いいただきます) |
| 参加者 | 氏 名 : 性 別 : 男 ・ 女 年 齢 : 歳 ※ 看護学生の方は学校名 () ※ 現役看護師の方は勤務先施設名 () |
| 連絡先 | 住 所 : 電話番号 (携帯含) : F A X 番号 : |
| 備 考 | |