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）～　　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　：　　（　男・女　）年齢　　歳 氏名　：　　（　男・女　）年齢　　歳 氏名　：　　（　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 （　　） 計　　名
連絡先	住所　： 電話番号（携帯含）： FAX番号　：
備　考	