

病院実習申込書

平成 年 月 日

済生会新潟第二病院

院長 吉田 俊明 様

申込者 氏 名 _____ 印

私は、貴病院で実習をしたいので、下記のとおり必要書類を添えて申込ます。

記

ふ り が な

①氏 名 _____

②生年月日・性別 昭和・平成 年 月 日 生 (男 ・ 女)

③住所・連絡先 〒 _____

電話 () _____

Eメール _____

④在学大学名 _____ 大学

学部・学年 _____ 学部 _____ 年 在学中・既卒

⑤希望実習期間 (実習期間は決定次第通知します)

第一希望 平成 年 月 日 () から平成 年 月 日 () まで

第二希望 平成 年 月 日 () から平成 年 月 日 () まで

第三希望 平成 年 月 日 () から平成 年 月 日 () まで

⑥希望実習科

⑦実習期間通知方法 (希望の方法を○で囲む) ハガキ ・ Eメール

⑧当院の実習を希望する理由、要望

※病院記入欄 (申込者は記入しないこと)