インターンシップ申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

新潟県厚生連糸魚川総合病院長

山岸　文範　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　申込者氏名　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学年

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

申込日　　　　　　月　　　　日

　糸魚川総合病院インターンシップを申し込みます

記

インターンシップの方法

　　1．糸魚川総合病院に来院する

　　2．オンラインインターンシップに参加する

インターンシップ参加の目的や抱負

当院を選択した理由

先輩に特に聞きたいこと

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　以上