



平成30年 8月開催

夏のインターンシップ 参加申込書

お申込み方法

参加を希望される方は、参加希望日の
1週間前までに下記の必要事項を電話、
電子メール、FAXまたは郵送にてご連絡
下さい。

Tel 0224-25-2145
Fax 0224-25-1535
eメール jinji-k@katta-hosp.shiroishi.miyagi.jp
郵送 〒989-0231 白石市福岡蔵本字下原沖36

参加希望日	A. 8月2日(木) B. 8月3日(金) C. 8月6日(月)		
体験コース	F. 1日コース G. 半日コース		
氏名			
ご住所			
連絡先(電話)			
学校名		学年	
その他 (集合場所・希望等)	集合場所 = 病院 ・ 白石駅 ・ 白石蔵王駅 希望病棟 = 内科系 ・ 外科系 ・ どちらでも		