

美原記念病院 3 階病棟 担当者宛て

送信先 : FAX 0270-24-3359 (送付状は不要です)

(別紙 1)

美原記念病院インターンシップ
ふれあい看護体験 申込書

_____ 高等学校 _____ 名

No	氏名	学年	性別	白衣のサイズ (S/M/L)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

ご担当者氏名

TEL