（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