

インターンシップ参加票

| | | | |
|-------|---|---|---|
| 参加希望日 | 年 | 月 | 日 |
|-------|---|---|---|

| | | | |
|--------|-----------|----|---|
| フリガナ | | 年齢 | 歳 |
| 氏名 | | | |
| 学校 | (年制の 年生) | | |
| 卒業年 | | | |
| 住所 | 〒 — | | |
| 連絡先 | ① ② | | |
| E-mail | | | |

☆当院のことを何でお知りになりましたか？

- 来院したことがある
- 学校に送付されたパンフレット
- 合同就職説明会 (/ の 会場)
- 就職サイト ()
- 就職雑誌 ()
- 病院ホームページ (検索ワード:)
- その他 ()

☆何でインターンシップのことをお知りになりましたか

- 広告紙
- 就職サイト ()
- 就職雑誌 ()
- 学校に送付されたパンフレット
- 病院ホームページ (検索ワード:)
- 知人からきいて
- その他 ()

☆インターンシップに参加しようと思った動機を教えてください。



医療法人社団協友会

彩の国東大宮メディカルセンター

〒331-0804 埼玉県さいたま市北区土呂町1522

TEL : 048-665-6206(看護部長室直通)

E-mail nurse@higashiomiya.or.jp 担当: 佐々木