

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

- 糸魚川総合病院に来院する
- 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