奈良県立病院機構

Nara Prefectural Hospital Organization

地方独立

行政法人

奈良県総合医療センター　ｾﾝﾀｰ見学会　申込書

ｾﾝﾀｰ見学会にご参加ご希望の方は、以下の必要事項を記載の上、下記までお申し込みくださいますようお願い申し上げます。（土日祝は除きます）

１．参加希望日時：＊参加日決定次第、メールまたはお電話にてお知らせいたします。

　　（　　　）　令和　2年　7月　11日（土）

　　（　　　）　令和　2年　8月　23日（日）

　　見学希望場所：

：　　　　　　　　　　　　　年齢：　　　　　　性別：　男　・　女

電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（必須）

E-Mail　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(必須)

＊携帯メールでも可（必ず、連絡のつくところをご記入ください）

学校名（勤務先）：　　　　　　　　　　　　　大学　・　短期大学　・　専門学校

学年：　　　　　　　　（　　　　年　　　月　卒業　・　卒業見込）

連絡先住所：〒　　　　-

資格：　　　　　　看護師　　　・　　　助産師　　　・　　　保健師

看護職就業経験　：　　無　・　有　　（　　　年　　ヶ月）　白衣サイズ：（　　　）

＊その他、ご質問・ご要望等あれば、お書きください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAXまたはE-Mailにて希望日の7日前までにお申し込みください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　奈良県立奈良病院　看護部　インターンシップ係

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：0742-46-6011

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-Mail：kennans@m3.kcn.ne.jp

お申込み：奈良県総合医療センター

E-Mailにて**希望参加日の5日前まで**にお申し込みください。

お申込みメールアドレス：　　sogo-jinji@nara-pho.jp

件名：　病院見学会申し込み（看護部）