**FAX：097-533-1217　大分赤十字病院　看護部　行**

**E-mail:ikangobu@oita-rc-hp.jp （看護部　石橋）**

**大分赤十字病院　見学・インターンシップ会申込書**

**□病院見学のみ参加希望**

**□午後のインターンシップも含め参加希望**

どちらかに☑してください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | **学校名** |  |
| **お名前** |  | **学　年** |  |
| **住　所** |  |
| **連　絡** | **TEL:****E-mail:** |
| **（見学会で知りたい事、見学したい場所などご希望やご質問などご記入ください）** |
|  |
|  |



