

# 埼玉精神神経センター インターンシップ申込書

## 5月10日（土）用

当院、インターンシップに参加を希望される方は、必須事項をご記入の上、こちらの用紙をFAXしてください。

氏 名	
フリガナ	
学校名	
学部 学科	
卒業見込み年月	
現住所	〒
携帯番号	
メールアドレス	
貸し出し用 ユニフォームのサイズ <small>該当するいずれかに○印をお願いします</small>	S    M    L    LL    EL
<p>当日、ご体調がすぐれない方は事前にご連絡下さい。</p>	

**FAX 048-858-8310    4月25日（金）正午締切**  
この件に関する照会先    看護部    西坂    TEL 048-857-9586

# 埼玉精神神経センター インターンシップ申込書 5月24日（土）用

当院、インターンシップに参加を希望される方は、必須事項をご記入の上、こちらの用紙をFAXしてください。

氏 名	
フリガナ	
学校名	
学部 学科	
卒業見込み年月	
現住所	〒
携帯番号	
メールアドレス	
貸し出し用 ユニフォームのサイズ <small>該当するいずれかに○印をお願いします</small>	S M L LL EL
当日、ご体調がすぐれない方は事前にご連絡下さい。	

FAX 048-858-8310 5月9日（金）正午締切  
この件に関する照会先 看護部 西坂 TEL 048-857-9586

埼玉精神神経センター インターンシップ申込書  
7月26日（土）用

当院、インターンシップに参加を希望される方は、必須事項をご記入の上、こちらの用紙をFAXしてください。

氏名	
フリガナ	
学校名	
学部 学科	
卒業見込み年月	
現住所	〒
携帯番号	
メールアドレス	
貸し出し用 ユニフォームのサイズ 該当するいずれかに○印をお願いします	S M L LL EL
当日、ご体調がすぐれない方は事前にご連絡下さい。	

FAX 048-858-8310 7月11日（金）正午締切  
この件に関する照会先 看護部 西坂 TEL 048-857-9586