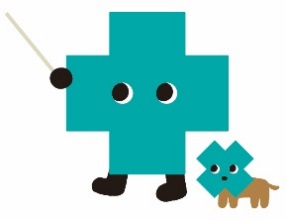
独立行政法人国立病院機構　北海道医療センター

病院見学会・インターンシップ　参加申込

　　　　　　　　　FAX　０１１－６１１－５８２０

　　　　　　　　　　　看護部　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 申　込　み　用　紙 | |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | ＴＥＬ：  Ｅ-mail： |
| 卒業年月日  （予定） |  |
| 学校名 |  |
| 参加希望日  ☆見学・インターンシップのどちらかに○をして希望日時を記載 | 病院見学　　・　　インターンシップ  希望日時 |
| 備考  (希望病棟など) |  |

連絡先：独立行政法人国立病院機構　北海道医療センター

住所：札幌市西区山の手5条7丁目１－１

TEL：011－611－8111（内線　5161、5162　副看護部長）

Fax：011－611-5820（看護部　副看護部長　宛て）

E-Mail：fukukan2＠hok-mc.hosp.go.jp（看護部　副看護部長）

