

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）



まいにちから、独立行政法人 国立病院機構

まんいちまで。北海道医療センター 