**インターンシップ申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **氏　　　名** |  |
| **性　　　別** | **男　　・　　　女** |
| **現　住　所** |  |
| **帰省先住所** |  |
| **電話番号** |  |
| **生年月日** | **昭和・平成　　　年　　　月　　　日** |
| **卒業予定学校** |  |
| **取得予定資格** |  |
| **希望日** | **令和　　年　　月　　日** |
| **希望部署** | 1. **②　　　　　　③**
 |

**吉野川医療センター　山本行**

**FAX： 0883-26-2300**