

記入例

申込日 R6年 2月 22日

島根県病院局県立病院課 あて

令和5年度 島根県立病院看護職インターンシップ研修申込書

学校名	〇〇大学	学 年	3年
学 部	看護学科	卒業予定年月 3月以外の場合	令和4年3月
フリガナ	シマネ ハナコ		性 別 年 齢
氏 名	島根 花子		女 21歳
連絡先	012-3456-7890	緊急連絡先	0000-12-3456
E-mail	△△△@●●.jp ※ 緊急時の連絡時に使用します。(過去に台風接近に伴う研修実施可否の連絡を行いました) ※ “-(ハイフン)”と“(アンダーバー)”、“0(ゼロ)”と“o(オー)”など判別しにくい文字は分かるようハッキリと記載ください。 ※ 「pref.shimane.lg.jp」からメール受信できるよう設定しておいてください。		
住 所	〒111-1111 〇〇県〇〇市〇〇町123 アパート〇〇 101号室 ※ 研修参加可否を書面にて通知しますので、送り先を記載してください。		
希望病院	【 <input checked="" type="radio"/> 】 島根県立中央病院 【 <input type="radio"/> 】 島根県立こころの医療センター ※ 研修を希望する病院に「○」を記入してください。		
インターンシップ に参加する目的			
自己PR			
事前質問 ・ 希望等			

記入された個人情報については、島根県立病院看護職員インターンシップ研修に関する諸連絡等のみに使用します。