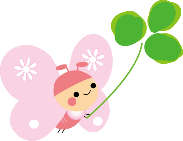
　申込日：平成2９年　　月　　日

****

**地方独立行政法人　岐阜県総合医療センター**

**２０１７年３月１１日インターンシップ参加申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **学校・学科名** |  | | |
| **卒業見込み年** | **平成　　　年3月卒見込** | **取得予定資格**  **＊○をつけてください** | **助産師 ・ 看護師 ・ 保健師** |
|  | **※ふりがなもご記入ください** | | |
| **連絡先** | **〒（　　　－　　　　　）** | | **男性　 ・ 　女性** |
| **連絡先**  **希望部署** | **TEL（　　　　　）　　　　　－** | | |
| **E-mail** | | |
| **外科系（　）内科系（　）小児系（　）ＮＩＣＵ（　）母性（　）救命センター（　）**  **＊希望順に（　）の中に１～３の番号を付けてください。** | | |

**開催日：平成2９年３月１１日（土）**

**時　間：9：00～15：30（9：00集合）**

**場　所：岐阜県総合医療センター　情報交流棟３階講堂・各部署**

**※申込締切日：3月3日（金）必着**

**≪参加申込方法≫**

**この用紙にご記入の上郵送又はFAXしていただくか、メールにて必要事項を送信してください。**

**「参加申込書」を送付いただいた時点で申し込み受理となります。**

**※参加日・体験部署につきましては、調整後、当方よりご案内させていただきます。**

* **郵送の場合　：〒500-8717　岐阜市野一色4丁目6番1号**

**岐阜県総合医療センター　人材センター部　宛**

* **FAXの場合 ：058-248-3805**
* **メールの場合：mouri-takao@gifu-hp.jpまで**

**≪問い合わせ先≫**

**人材センター部　毛利　隆**

**TEL : 058-246-111１（内線　5539）　　E-mail : mouri-takao@gifu-hp.jp**