

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10月14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 *Oをつけてください	助産師・看護師・保健師
ふりがな氏名	※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 () 手術室 () *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10月14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

※申込受付期間：9月1日（金）～10月2日（月）必着

※なお、定員を満した場合は、締切日前に受付を終了させていただく場合がございますのでご了承ください。

《参加申込方法》

申込用紙に必要事項をご記入のうえ、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。尚、病院ホームページ（看護部ページ）のお問い合わせフォームからもお申込可能です。

※体験部署につきましては、お申込締切日以降に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：nurseinfo@gifu-hp.jp まで

《問い合わせ先》

岐阜県総合医療センター 人材センター部

TEL：058-246-1111（内線 5539） FAX：058-248-3805