

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6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 *Oをつけてください	助産師・看護師・保健師
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 () *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6月11日(日)

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 中会議室・各部署

《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：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)

E-mail：nurseinfo@gifu-hp.jp