一般社団法人　静岡県訪問看護ステーション協議会

インターンシップFAX応募用紙

ご記入後、訪問看護ステーション協議会へメールまたはFAXでお送りください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな | 学校名 | 学年 |
| **氏名** |  | 　　　年生 |
| **連絡先**電話番号：　　　　　　　　　( )メールアドレス： 　　　　　 @  |
| 希望ステーション名 |  |
| 体験希望日（複数日記載） | ＊何日か可能な希望日を入れて下さい。例）春休み期間中の具体的な日程等 |
| 体験したい内容（具体的に体験したい内容があれば記入） |  |

一般社団法人静岡県訪問看護ステーション協議会　TEL　054―275－3339

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　054―275－3338

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールsizuokahoumonst@cy.tnc.ne.jp

※　送信の際、送信先のお間違いに十分ご注意ください。