

【FAX申込み用紙】



独立行政法人 国立病院機構

村山医療センター

看護部長室 宛

〒208-0011 東京都武蔵村山学園2-37-1

FAX:042-564-2210 TEL:042-561-1221 (代表)

E-mail 218-Kangobuchoshitsu@mail.hosp.go.jp

【施設説明見学・インターンシップ】希望

※ 休日を除く、実施日の2日前までにお申込み下さい。

1. 希望する日時をご記入ください。

令和 年 月 日 (曜日)

希望のコースに○をつけて下さい

A (9:00~12:00) B (13:00~16:00)

2. お名前・連絡先をお書き下さい。

ふりがな

お名前： 年齢 () 才

看護学校名： 学年： () 年

【連絡先】

住所：

電話番号：

* FAX受信後、当院担当者よりご連絡しますので、ご希望の時間をお書き下さい

電話連絡 希望時間 (: ころ)

3. お問い合わせは、上記連絡先までご連絡ください。