

## 医療法人社団 白美会 夏季インターンシップ 参加申込書

【対 象】看護師養成機関の学生

【日 時】病院ごとに異なります。

【参加費】無料

【持ち物】実習服、実習靴、名札、筆記用具、不織布マスク ※昼食はこちらで用意します。

氏名 \_\_\_\_\_ 学校名（学年） \_\_\_\_\_

連絡先 (Tel) \_\_\_\_\_

(メールアドレス) \_\_\_\_\_

参加希望施設、希望日に○をご記入ください。（複数記入可）

病院内の感染状況等により、ご希望に添えない場合があります。予めご了承ください。

白根大通病院                      8/8（金）

新潟西蒲メディカルセンター病院                      8/12（火）

インターンシップに参加するにあたり、そこで知りえた個人情報については、  
守秘義務を遵守することを誓約します。

氏名 \_\_\_\_\_

※申し込みは各病院へこの用紙に必要事項、誓約の署名を記入後 FAX またはメール（必要事項、  
誓約を記入）でお申込みください。                      申し込み〆切 7月31日（木）

●白根大通病院      〒953-1203   新潟市南区大通黄金 4 丁目 14 番地 2

TEL：025-362-0260      FAX：025-362-0272

メールアドレス   ffujisawa@jojinkai.com                      担当：人事   藤澤

●新潟西蒲メディカルセンター病院   〒953-0041   新潟市西蒲区巻甲 4368 番地

TEL：0256-72-3111      FAX：0256-72-0505

メールアドレス：ahiguchi@jojinkai.com                      担当：人事   樋口、後藤