

見学・実習・研修依頼書

(看護学生・コメディカル学生・就職をお考えの方)

令和 年 月 日

公益財団法人星総合病院

理事長 星 北斗 様

ふりがな 氏 名	生年月日 年 月 日 (歳) (男・女)		
学校名		学年	年生
希望職種			
資格有無	有 ・ 無		
連絡先	住所 〒 TEL e-mail		
希望日時 (第一希望・ 第二希望)	令和 年 月 日 ()	時間帯	: ~ :
	令和 年 月 日 ()	時間帯	: ~ :
宿舎利用の有無	有 ・ 無		
希望研修・ 希望内容 (出来るだけ 具体的に書いて ください)			