

看護教員インターンシップ事業申込書

申込み締め切り 令和5年12月22日(金)

送信先:FAX 03-3537-7382 (事務局)

1. 申し込み者

氏名(ふりがな)	所属先	お住まいの都道府県名
連絡先の電話番号 (必ず連絡がつく番号を記入してください)	メールアドレス:	看護職としての経験年数

2. 体験希望の看護師等養成所名と希望日

日本看護学校協議会が調整いたしますので、ご希望を複数あげていただくと希望に沿いやすくなります。御協力をお願いします。

	希望する看護師等養成所の所在都道府県	希望する看護師等養成所名	希望日(土日祝除)
第1希望			月 日()
第2希望			月 日()
第3希望			月 日()
第4希望			月 日()
第5希望			月 日()

3. 体験したい内容・質問

*個人情報の取り扱いについて

この申込みに際して得た情報は、インターンシップに伴う連絡や運営に用います。

この利用の範囲を超えて、個人情報を取り扱う事はありません。