

医療法人 溪仁会 札幌西円山病院

病院見学会・インターンシップ 参加申し込み

申込み希望	病院見学会 ・ インターンシップ (どちらかに○を付けてください)	希望日時	月 日 ()
ふりがな			
氏名			
住所	〒		
電話番号			
メールアドレス			
学校名			
学年	年	年齢	歳
職種希望	看護師 ・ 介護福祉士 (どちらかに○を付けてください)		
インターンシップご希望の方は 見学・経験したいこと等をご記入ください			

申込み方法

メール

kangobu-n@keijinkai.or.jp

件名に「病院見学参加申し込み」「インターンシップ参加申し込み」と記載し、
こちらの申込み用紙を添付、または上記内容を本文に記入し送信ください。

電話

011-644-5502 担当：依田・泉

FAX

011-644-5515 担当：依田・泉 こちらの用紙に記入しFAXしてください。

郵送

〒064-8557

札幌市中央区円山西町4丁目7-25 医療法人 溪仁会 札幌西円山病院
看護部 担当：依田・泉

こちらの用紙に記入し郵送してください。

※締切は希望日の1週間前です。

申込み完了後、郵送またはお電話にて当日のご案内をいたします。

開催日3日前になってもこちらからの案内がない場合はお手数ですがお電話ください。