

## マツダ病院 インターンシップ申込書

(インターンシップ希望日) 2017年 月 日
ふりがな (氏名) (性別) 男 女 (住所) 〒 (電話番号)
インターンシップ志望動機 (200字以内)
別紙「マツダ病院看護部インターンシップのご案内」を参照され、希望コース①、②、③をお書き下さい 第1希望 ( ) 第2希望 ( )、希望コースなし ( )

※ 尚、記載された内容はインターンシップの目的以外に使用することはありません

---

## マツダ病院 インターンシップ許可書

(学生氏名) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年生) が

マツダ病院インターンシップに参加することを許可します。

年 月 日

学校名 \_\_\_\_\_

教員名 \_\_\_\_\_ 印