

インターンシップ申込書

平成 年 月 日

笠岡第一病院長 様

申請者

所属 (学校名など)

住所

氏名

印

連絡先

笠岡第一病院インターンシップにつきまして、承認されたく申請します。

記

1 希望日時 平成 年 月 日

2 当院での経験・体験の有無 有 ・ 無

3 インターンシップの目的、抱負