

一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院

FAX 番号 : 0242-27-5670

インターンシップ・病院見学 申込用紙

(ふりがな) お名前		性別	男・女
見学希望日	第1希望 (月 日)、第2希望 (月 日)		
希望コース (希望のコースを丸で 囲んで下さい。)	<p>① インターンシップ コース (午前9時30分～午後3時30分まで) ※インターンシップコース希望の方は、体験したい病棟の科別を記入して下さい。 (希望診療科)</p> <p>② 病院見学 コース (午後1時～午後3時30分まで) ※見学時に特に詳しく知りたい病棟や部門があればご記入下さい。 ()</p>		
学校名・学年	学校名 ()・学年 ()		
現住所 電話番号	〒 () - () 住所 : 電話番号 :		
ご質問・ お問い合わせ	質問事項等がありましたら、自由にご記入下さい。		

※FAX 受付後に担当より確認のお電話を致します。

※見学希望日などのお問い合わせ先

【お問合せ】 〒965-8585 福島県会津若松市山鹿町 3-27
一般財団法人 竹田健康財団 人材開発課 目黒
TEL. 0242-29-9893 E-mail. jinji@takeda.or.jp