　　　　　　藤沢病院　看護部　夏季インターンシップ申込

①　申込者氏名

②　学校名　学年

③　体験希望部署

④　連絡先　　　　住所

　　　　　　　　電話番号

＊集合場所：藤沢病院　正面玄関前

　欠席する場合は、連絡をお願いします。