

# インターンシップ申込書

平成 年 月 日

新潟県厚生連糸魚川総合病院  
病院長 樋口 清博 様

申込者氏名 \_\_\_\_\_ 印

学校名 \_\_\_\_\_

学年 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

糸魚川総合病院インターンシップを申し込みます

記

インターンシップ参加の目的や抱負

当院を選択した理由

希望する診療科

以上