

# 「インターンシップ」申込書

201 年 月 日

希望研修日	(候補日を2~3個記入してください)
フリガナ	
氏名	
郵便番号	
フリガナ	
住所	
電話番号	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)
大学・学校名	
大学・学校所在地	〒
緊急連絡先TEL	
その他連絡事項	

既に卒業されている方で、希望の場合も同様にお申込みください。

〒 569-1124

大阪府高槻市南芥川町11-1

大阪府三島救命救急センター

TEL:072-683-9911

FAX:072-683-6111

URL:<http://www.osaka-mishima.jp>