

2023年度 インターンシップのお知らせ

開催日・時間

| 申し込み番号 | 開催日 | 時間 |
|--------|----------|-------------|
| ① | 4/15 (土) | 9:00~12:00 |
| ② | 4/15 (土) | 13:00~16:00 |
| ③ | 5/13 (土) | 9:00~12:00 |
| ④ | 5/13 (土) | 13:00~16:00 |
| ⑤ | 6/10 (土) | 9:00~12:00 |
| ⑥ | 6/10 (土) | 13:00~16:00 |

インターンシップ内容

・病院案内、施設見学、病棟で先輩達と懇談会、質疑応答等

申込みされる方は、開催日の7日前までに下記の電子メールへ連絡をして下さい。

【メール連絡内容】

- 1.参加希望番号
- 2.氏名（フリガナ）
- 3.連絡先（携帯電話番号）
- 4.連絡先（メールアドレス）
- 5.在籍している学校名
- 6.卒業年月日

連絡先：日高病院 看護部

E-mail：kango2555_2@hidaka-kai.com

* 申込者への連絡は、後日申込者全員に参加可否を連絡いたします

申し込み締め切り日：開催日7日前の17:00