

申込用紙

送信先

FAX 0772-82-1504 (京丹後市立久美浜病院)

担当者：看護部 岡崎・片田

京丹後市立久美浜病院インターンシップ申込書

氏名	
住所	
電話番号	
学校名	

通信欄 (ご要望をお書きください)

[]