

横浜相原病院 インターンシップ参加申込書

☎ : 045-362-7111 FAX : 045-362-7306

第1希望日	_____ 月 _____ 日 () : _____ ~
第2希望日	_____ 月 _____ 日 () : _____ ~

※□欄には✓でご記入ください

ふりがな			年齢
氏名	□男 □女		歳
住所	〒 _____		
病院までの交通手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 電車 (相鉄線・他) <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他 ()		
連絡先	TEL	mail	
<small>※電話での連絡が難しい場合は、メールアドレスもご記入ください</small>			
学校名	(名称)		(学科・学部)
(学年)		年	月卒業予定
参加動機 (参加にあたり、希望や要望などをお書きください)			
この企画を何で知りましたか			
<input type="checkbox"/> 当院のホームページ <input type="checkbox"/> 学校からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()			

※上記内容をご記入の上、電話またはFAXもしくはメールでのお申し込みをお願いいたします。
 ◎申し込みの完了につきましては、こちらからお電話かメールにて連絡させていただきます。

【申し込み先】
 横浜相原病院
 担当 看護部 牛腸 (ごちょう)
 ✉ yoshimi.gochou@amg.or.jp