

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）						
食物アレルギー	無 ・ 有（ _____ ）					
ユニホームサイズ	S	M	L	LL	身長	_____ cm
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。
 ※半日コースは、ユニホームに着替えていただきますので、動きやすい靴でご参加ください。

【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