

平成27年度 インターンシップ 申込み用紙

郵送の場合	〒240-8585 横浜市保土ヶ谷区釜台町43-1
FAXの場合	045-331-0864 看護部 濱岸 宛

送付状は不要です。このまま送信してください。

氏名	
フリガナ	
生年月日	平成・昭和 年 月 日 歳
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
自宅郵便番号	
自宅住所	
自宅電話番号(市外局番から)	
携帯電話番号	
e-mail	
学校名・学年	
参加希望部署	外科系・内科系
参加希望日	第1回目(8/7)・第2回目(8/14)・第3回目(8/17) 第4回目(3/11)・第5回目(3/18)
身長(白衣準備参考のため)	cm
白衣のサイズ	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL <input type="checkbox"/> 3L
※白衣のサイズ選択の際に参考にしてください S:身長 145~155cm M:155~165cm L:165cm~	
その他、質問・連絡事項	