|  |  |
| --- | --- |
| 平成２７年度　インターンシップ参加申込 | |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  |
| 生年月日・年齢 | 平成・昭和　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　歳 |
| 性別 | 男性　　　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 | 年 |
| 参加したい日程 | 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） |
| 参加希望部署 | 外科系 ・ 内科系 |
| 身長（白衣準備参考のため） | ｃｍ |
| 白衣のサイズ | □　S　　□　M　　□　L　　□　LL　　□　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 | |