

2019年度 JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院  
インターンシップ参加申し込み

インターンシップ中は保険に加入いたします。(当院が負担) そのため、以下の項目は漏れなくご記入くださいますようお願いいたします。

氏名	
ふりがな	
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	年 月 日
郵便番号	〒
住所(ご自宅)	
電話/FAX 番号	
メールアドレス	
学校名	
学年	
卒業予定年度	年 月 卒業見込み
参加希望日 	<input type="checkbox"/> 第1回目 2019年8月2日(金) <input type="checkbox"/> 第2回目 2019年8月9日(金) <input type="checkbox"/> 第3回目 2019年8月16日(金) <input type="checkbox"/> 第4回目 2019年8月23日(金) <input type="checkbox"/> 第5回目 2020年3月6日(金) <input type="checkbox"/> 第6回目 2020年3月13日(金) 
前日宿泊希望 (県外在住者のみ)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
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"/> その他( ) 身長            cm            男性の場合は、股下の長さ            cm
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし
体験希望診療科	<input type="checkbox"/> 内科系 <input type="checkbox"/> 外科系 <input type="checkbox"/> どちらでも可
その他ご質問	

FAXの場合：045-331-0864 看護部宛