

2023 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。

ふりがな		
氏名		
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"/> 3月 17日 (金) <input type="checkbox"/> 3月 24日 (金)	<input type="checkbox"/> 7月 28日 (金) <input type="checkbox"/> 8月 4日 (金) <input type="checkbox"/> 8月 25日 (金) <input type="checkbox"/> 2024年 3月 15日 <input type="checkbox"/> 2024年 3月 22日 (金)
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	
申し込み希望の理由 当院を選択した理由		
その他ご質問		



送付先：看護部宛まで *MAIL* もしくは *FAX* でお申し込みください。
MAIL : kangobu-oubo@hodogaya.jcho.go.jp *FAX* : 045-331-0864 看護部宛