

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	2025年 <input type="checkbox"/> 3月14日 (金) <input type="checkbox"/> 3月21日 (金)	 <input type="checkbox"/> 2025年8月8日 (金) <input type="checkbox"/> 2025年8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