

JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院
就業体験参加申し込み

就業体験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	☐ 男性 ☐ 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	2026 年 ☐ 3月 18 日 (水) ☐ 3月 25 日 (水)	2026 年 ☐ 8 月 7 日 (金) ☐ 8 月 21 日 (金)	2027 年 ☐ 3月 17 日 (水) ☐ 3月 24 日 (水)
白衣のサイズ	☐ S ☐ M ☐ L ☐ LL ☐ その他 () 身長 c m 男性の場合は、股下の長さ c m		
食物アレルギー	☐ あり () ☐ なし		
体験希望診療科	☐ 内科系 ☐ 外科系 ☐ 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