

**済生会横浜市東部病院
インターンシップ 申込用紙**

送信先
FAX 045-576-3525
済生会横浜市東部病院
看護部 早川 宛

お名前(ふりがな) 年齢 性別	歳 性別: 男 女
連絡先	住所 :〒
	電話・FAX :
	E-mail :
学校名・学年	学校名: 学年: 年生
希望日時 (複数参加希望者は全 日程記入して下さい)	月 日(), 月 日(), 月 日()
希望病棟	第 1 希望 : 第 2 希望 : 第 3 希望 :
ご質問など	

※申込に際しまして得た個人情報は、インターンシップの実施運営に関する作業のみを目的として使用いたします。