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	月　　日　（　）
希望部署	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。