

# 横浜相原病院 インターンシップ参加申込書

☎ : 045-362-7111    FAX : 045-362-7306

<b>第1希望日</b>	_____ 月 _____ 日 ( ) : _____ ~
<b>第2希望日</b>	_____ 月 _____ 日 ( ) : _____ ~

※□欄には✓でご記入ください

ふりがな				年齢			
氏名	□男 □女			歳			
住所	〒 _____						
病院までの交通手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 電車 (相鉄線・他) <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他 ( )						
連絡先	TEL			mail			
	※電話での連絡が難しい場合は、メールアドレスもご記入ください						
学校名	(名称)			(学科・学部)			
	(学年)			年	月卒業予定		
参加動機 (参加にあたり、希望や要望などをお書きください)							
食物アレルギー	無 ・ 有 ( )						
ユニホームサイズ	S	M	L	LL	身長	cm	
この企画を何で知りましたか							
<input type="checkbox"/> 当院のホームページ <input type="checkbox"/> 学校からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ( )							

※上記内容をご記入の上、電話またはFAXもしくはメールでのお申し込みをお願いいたします。

◎申し込みの完了につきましては、こちらからお電話かメールにて連絡させていただきます。

※見学时は、ユニホームに着替えていただきますので、動きやすい靴でご参加ください。

**【申し込み先】**

横浜相原病院

担当 看護部 牛腸 (ごちょう)

✉ [yoshimi.gochou@amg.or.jp](mailto:yoshimi.gochou@amg.or.jp)