

## インターンシップ参加申し込み(FAX用)

送信先 JCHO横浜中央病院 看護部室 宛

FAX番号 045-671-9872



インターンシップに申し込みます。

フリガナ 氏名	
年齢・性別	( )歳 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
学校名・学年・卒業予定年	学年 平成 年卒業予定
連絡先	住所 〒 自宅電話 携帯電話 E-mail
インターンシップ希望期間	① 月 日 ( )
	② 月 日 ( )
	③ 月 日 ( )
希望理由	
白衣	女性:ワンピース S M L LL 男性:上衣サイズ S M L ズボン S M L 身長 cm 股下 cm
賠償保険	<input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> 加入していない