JCHO横浜中央病院
インターンシップ/病院見学参加者申込

申込		□インターンシップ　　□病院見学
フリガナ 氏名		
年齢・性別		(　　)歳　　□男性　　□女性
学校名 学年・卒業予定年		 (　　)学年　　令和(　　)年卒業予定
連絡先		住所　〒 自宅電話　　携帯電話 メール
希望日 ※土日祝日除く		①　　月　　日（　　） ②　　月　　日（　　） ③　　月　　日（　　）
希望理由		
インターンシップの方のみ	ユニフォーム	お持ちでいない場合はお貸しいたします。お選びください。 女性ワンピース（ S ・ M ・ L ・ LL ） 男性上衣・ズボン（ S ・ M ・ L ）
	賠償保険	加入している　　加入していない