看護部インターンシップを希望される方は、下記応募フォームより必要事項を入力し、お申し込みをお願い致します。

|  |  |
| --- | --- |
| お名前 |  |
| ふりがな |  |
| 生年月日（西暦） | 年 |
| 生年月日（月日） | 月　　　　　　日　　　　　（満　　　　　　歳） |
| 性別 |  |
| 学校名・学部・学科・学年 |  |
| 卒業見込年（西暦） |  |
| ご住所 | 〒  都道府県  市区町村番地  マンション/ビル名 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス | ▼確認のため、再度メールアドレスの入力をお願いします。 |
| 当院のインターンシップを希望した理由  （50文字以上） |  |
| その他  ご意見、要望、質問などありましたら、ご自由に記載してください。 |  |

【ご注意】

平日3日以上経過、または開催3日前になっても『参加確定』の連絡がない場合は、お手数ですが電話にてご連絡を

お願い致します。

問い合わせ先

横浜掖済会病院　看護部　教育担当師長　青木

〒231-0036　神奈川県横浜市中区山田町1-2

TEL:（代表）045-261-8191（平日10：00～16：00）

メールアドレス：eki-kyouiku@yokohama-ekisaikai.com