

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	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
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)	

<p>その他</p> <p>ご意見、要望、質問などありましたら、</p> <p>ご自由に記載してください。</p>	
---	--

【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