インターンシップ・病院説明会（見学会）申込書

下記内容をご記入の上、**メール又はFAX**して下さい。

特に、連絡先携帯番号又はメールアドレスを忘れずにお願いします。

締切日は希望日の３日前までです。

お申込み日：　　　　年　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 性別 |  | 生年月日 | 西暦年　　　月　　　日 |
| 住所 |  | 携帯 |  |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　＠ |
| 学校 |  | 卒年 |  |

インターンシップ・病院説明会（見学会）希望される方に〇をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| インターンシップ |  |
| 病院説明会（見学会） |  |

別紙を参考に申込希望日を第２希望までご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 第１希望 | 年 月　　　日 |
| 第２希望 | 年　 　 月　　　日 |

ご記入後、メールまたはFAXにてお送りください。

詳細が決定しましたらメールにてご連絡いたします。

**メール：****main@fukuoka.jcho.go.jp**

**FAX : 0949-26-6748**

お問い合わせ先　JCHO福岡ゆたか中央病院

総務企画課　篠原

　　0949-26-2311（代）