

東京労災病院 看護部 病院見学・インターンシップ申し込み用紙

ふりがな		年齢	性別
氏名			
学校名	学部名(専攻名)		学年
自宅住所	〒		
携帯電話番号			
メールアドレス	@		
	<small>※希望部署、希望日等を確認する場合がありますのでお持ちの方は必ずご記載ください フィルターを掛けている場合は、info@tokyoh.johas.go.jp からのメールが届くよう設定を変えていただけますようお願いします。</small>		
宿泊希望の有無 ※該当する方に☑	<input type="checkbox"/> 宿泊を希望する		<input type="checkbox"/> 宿泊を希望しない
	※宿泊を希望される方のみ記入してください(職員宿舎での宿泊になります) 【宿泊希望期間】 年 月 日 ~ 年 月 日		
申し込み内容	<input type="checkbox"/> 病院見学		<input type="checkbox"/> インターシップ
病院見学・ インターンシップ 希望部署	第1希望部署	第2希望部署	
	<small>※内科については詳細をご記入ください。(例 消化器内科、呼吸器内科など) 小児科については、希望に沿えない場合があるのでご了承ください。</small>		
病院見学・ インターンシップ 希望日	第1希望	年 月 日	
	第2希望	年 月 日	

応募の動機	
-------	--

* 提出先: 病院代表メール(info@tokyoh.johas.go.jp)または、FAX、郵送で送付をお願いいたします。