

2024年3月卒業生対象 インターンシップ申込要項

1	氏名				
2	ふりがな				
3	郵便番号				
4	現住所				
5	日中連絡が取れる電話番号				
6	メールアドレス※メールにて返信いたしますので、必ずお間違いのないようにお願いします				
7	学校名				
8	学年				
9	年齢				
※ 第1～第3希望部署は同じでも選択可能です					
10	第1希望	日程		部署	
11	第2希望	日程		部署	
12	第3希望	日程		部署	
13	インターンシップ【募集要項】	◦確認しました			
14	その他要望やお問合せ				

※ 日程は8/8、8/10、8/12、8/16、8/18から選択できるようにお願いします

※ 部署は、小児科、内科系、外科系、回復期、手術室、救急外来から選択できるようにお願いします

※ 1～13まで必須事項ですので、未記入の場合は送信できないような設定をお願いします

※ 13は「確認しました」だけ選択できれば大丈夫です。◦チェックでも大丈夫です