

# インターンシップ参加申込書

2008/04版

以下の必要事項を記入の上、当院総務課までご郵送ください。

お名前	
ふりがな	
性別	男 ・ 女
年齢	才
生年月日	年 月 日
在籍校	
学年	年
郵便番号	〒
住所	
電話番号	— —
メールアドレス	@
職場体験希望部署	外科系 ・ 内科系 ・ 小児科
職場体験希望日	年 月 日
職場体験に希望した動機など	

送付先

〒349-1105  
埼玉県久喜市小右衛門714-6  
埼玉県済生会栗橋病院  
総務課 鈴木  
電話番号 0480-52-3611