公益財団法人　星総合病院 　**インターンシップ参加申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参加希望日　時 | 【第1希望】 | 令和　 年　 月　 日［　］　　　：　　～　　：　　 |
| 【第2希望】 | 令和　 年　 月　 日［　］　　　：　　～　　：　　 |
| 希望コース（○で囲む） | 1日コース ・ 半日コース | 希望職種 |  |
| 見学希望の診療科 | 第1希望：　　　　　　　　 第2希望： |
| 　　　　　　　　　　　 |
| ふりがな |  | 生年月日 | S・Ｈ　　年　　月　　日 |
| 氏名 | ( 男・女 ） |
| 学校名 |  |
| 学部・学科 |  |
| 卒業（見込み）年月 | 年卒　年卒業見込　　　（○で囲む） |
| 出身地 | 県　　　　　　市・町・村 |
| 現住所 | 〒　　　　－ |
| 電話番号 | -　　　　‐ | メールアドレス | 　　　　　　  |
| ＊ご希望・ご意見等がございましたらご記入下さい。 |

［担当者記入欄］

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 令和　　年　　月　　日［　］（　　：　　~　　：　　） | 実施コース | 1日コース ・ 半日コース |
| 交通費 | 円（内訳：　　　　　　　　　　） | 所属長 | 総務人事部 |
|  |  |
| 備考 |  |