**古河赤十字病院**

**インターンシップ申込書**

 インターンシップ申し込み希望日　（下記いずれかに☑）

□ 2023年　　　　月　　　　日　から2日間

□ 2023年　　　　月　　　　日　のみ1日間

□ 2023年　　　　月　　　　日　の　午前中・午後　（　　　時から　　時まで）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 性別 | 1.女性　　　　　2.男性 |
| 生年月日 | 西暦　　　年　　　月　　　日（　　　　）歳※お申し込み時  |
| 住所  | 〒　　　－ |
| 連絡先  | 電話番号：　　　　　　－　　　　　　－  |
|  | E-mail：　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 大学  | 学校名  |
|  | 在学生：学年　　　　年生　　／　　既卒者：西暦　　　　　　年卒 |

希望理由 （簡単にインターンシップ希望理由をご記載ください）

お申込み受付後にインターンシップ受け入れの可否及び当日の案内のため、ご記入いただいたE-mail宛に連絡をいたします。

インターンシップご参加に関するお問い合わせは下記までご連絡ください

電話 0280-23-7111（代表）　　薬剤部　菅原

FAX 0280-23-7094（薬剤部直通）

E-mail n-sugawara@koga.jrc.or.jp