

FAX 送信状

送信先 東京山手メディカルセンター 看護部長室 宛

FAX番号 03-3364-5663

インターンシップに参加申し込みをします。

ふりがな ①氏名	
②性別・年齢	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 () 歳
③学校名	西暦 年卒業予定
④連絡先	住所 〒..... 参加日に連絡が取れる携帯番号..... E-MAIL
⑤参加希望日	毎週 水・金曜日（祝日を除く） 第一希望 月 日 () 第二希望 月 月 ()
⑥希望部署	内科・外科・整形外科・産科・ICU・手術室・その他
⑦その他の希望 や質問事項	

*メールでお申込の方は上記の内容 ①～⑦ をお知らせ下さい。

メールアドレス kango@yamate.jcho.go.jp