2022年度　インターンシップ申込書

申込日　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　（　　　　才） |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | 自宅 | 携帯 |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 大学・養成学校名 | 名称 | 学年　　　　　年 |
| 参加希望日 | 第一希望　　　　　　月　　　　日 | 第二希望　　　　　　月　　　　日 |

|  |
| --- |
| ＊インターンシップの志望動機 |
| ＊実習中の希望などがあれば自由に記入してください |

※提出いただいた書類の個人情報は、インターンシップ以外には使用いたしません。

連絡先・提出先

医療法人社団　青洲会　神立病院　人事係

〒300-0011　土浦市神立中央5-11-2

TEL：029-831-9711　FAX：029-831-9702

メールアドレス：recruit@seisyuukai.org