お問い合わせは、お電話またはEmailで以下のフォームをご利用ください。

Tel ： 011-738-7187

Email : i-kawahata@seiwa-mh.jp 担当：看護部　看護部長

**＜病院見学・インターンシップ申込フォーム＞**

|  |  |
| --- | --- |
| **お名前** 必須 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **お名前（かな）** 必須 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **性別** 必須 | 女性　　／　　男性 |

|  |  |
| --- | --- |
| **電話番号** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **メールアドレス** 必須入力例 : foo@example.com | 　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 |  |
| 学年 |  |
| 希望日 |  |
| 希望内容（右記のいずれかに〇をつけてください）病院見学のみ または 病院見学とインターンシップ | **１．病院見学のみ****希望時間（下記に〇をつけてください）**1. **９：３０～１１：００　②　１３：３０～１５：００**

**２．病院見学・インターンシップ****希望部署　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |