

埼玉精神神経センター インターンシップ申込書

当院、インターンシップに参加を希望される方は、必須事項をご記入の上、こちらの用紙をFAXして下さい。

希望日時	2024年 月 日 ()	
氏名		
フリガナ		
学校名		
学部 学科		
卒業見込み年月		
現住所	〒	
携帯番号		
メールアドレス		
コロナワクチン	接種済	接種未
貸出用ユニフォーム 該当するいずれかに ○印をお願いします	S M L LL EL	

*ワクチン接種を済まされていない場合は、当院にて抗原検査を受けていただきますのでご了承下さい。

*ワクチン接種をお済みの場合は、接種の証明となるものをご持参下さい。