

# 平成30年度 施設説明会 インターンシップ参加申込書

JCHOうつのみや病院

参加希望日  希望日に○を 付けて下さい	施設説明会 (10時～12時30分)		平成30年5月19日(土)	
			平成30年6月23日(土)	
			平成30年7月28日(土)	
	インターンシップ (9時～15時)		平成30年7月18日(水)	
			平成30年8月 6日(月)	
フリガナ  氏 名			生年月日	昭和  平成  年 月 日
学校名等				
現住所	(〒 - )			
電話番号			携帯番号	
出身地				
〈ご意見・ご希望等があればご記入ください。〉				

**申込先:** 321-0143 宇都宮市南高砂町 11-17  
 独立行政法人地域医療機能推進機構 TEL : 028-653-1001  
 うつのみや病院 FAX : 028-653-1514  
 総務企画課 担当 栗野 あて Eメール: main@utsunomiya.jcho.go.jp

- ※ 参加申込につきましては、**郵送、メール又はFAX**のいずれかの方法でお申込み願います。
- なお、**電子メールでの申込みの場合は、題名を「施設説明会参加申込」と分かるように**  
 送信願います。
- ※ 当院の施設説明会を希望される方で上記開催日に出席できない方は、お気軽に上記担当  
 者  
 までご連絡ください。
- ※ この参加申込書は、当院の人事関係書類として管理いたしますので、採用目的以外の使用  
 や第三者に対する開示は一切いたしません。