

令和8年8月8日開催

インターンシップ 参加申し込み書(FAX送付状)

学校名 _____

申し込み日時 2026年 _____ 月 _____ 日 _____

参加希望者名

氏名	学年	住所	連絡先	保護者同伴	参加回数
				有・無	初回・2回目
				有・無	初回・2回目
				有・無	初回・2回目
				有・無	初回・2回目
				有・無	初回・2回目

※後日、集合場所などの詳細を郵送しますので個人宅へ郵送希望の場合住所の記入もお願いします。

学校に郵送希望の場合は下記に○をつけて担当者名の記入をお願いします。

また、複数名の参加の場合は、学校に一括郵送をお願いします。

(学校へ一括郵送希望 担当者 様宛て)

その他、ご質問があれば記入してください。

申し込み締め切り(7月20日)

FAX 0957-36-1027

愛野記念病院 担当 岡田 行き