**제9회 청소년 여름 인턴십 참가 신청서**

**==========================================================================**

**(Himchan Hospital Summer Internship Program)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **이름 (한글)** |  | **이름 (영문)** 정확히 기재 |  |
| **주민등록번호****(앞6자리만)** |  | **성 별** | **남 ( ) , 여 ( )** |
| **학교**  |  | **학년** |  |
| **집 주소** | EMB000010b4050b |
| **본인 핸드폰** |  | **보호자 성함/핸드폰** |  |
| **공지 문자** **수신 핸드폰** |  | **공지 수신** **이메일 주소** |  |
| **지원 병원****(1,2일차 체험)** | **강북( ), 강서( ), 목동( ), 부평( ), 인천( ), 부산( ), 창원( ) 힘찬병원** 반드시 해당병원에 (v) 표시. 2지망까지 있는 경우에는 1지망, 2지망으로 표시 |
| **3일차 참석 여부** **(실습 및 수료식)** | 3일차 이론교육 및 실습, 수료식**참석 가능( ), 참석 불가능 ( )**  반드시 (v) 표시 |
| ◎ 1~2매 분량으로 아래에 기술하십시오. (항목 예: 본인소개, 지원동기, 앞으로의 공부계획 등) 기술하는 항(項)의 항목 명을 적고, 항 사이에는 한 줄을 띄우십시오. |



힘 찬 병 원

▶ 신청서는 아래 E-mail로 발송해 주시기 바랍니다. 접수 시, 메일 제목 예) 인턴십 신청서–홍길동

▶ 문의: 목동힘찬병원 관절의학연구소 (02) 3219-9228 / himchanhospital@gmail.com 