**제13회 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** |  | |
| **체험 지원 병원**  **(1,2일차 체험)** | **강북( ), 목동( ), 부평( ), 인천종합( ), 부산( ), 창원( ) 힘찬병원**  지원 병원에 (v) 표시. 2지망까지 있는 경우에는 1지망, 2지망으로 표시 | | | |
| **코로나19 관련 확인 및 동의 사항**  **(모든 항목에 반드시 (v) 표시)** | ① 신청자 본인은 체험일 기준 14일 이내에 해외를 다녀왔거나, 해외를 방문할 예정이 있습니까? | | | **예( ), 아니오 ( )** |
| ② 신청자 본인은 코로나19 확진이 된 적이 있거나 확진자를 만난 적이 있습니까? (예: 확진자 동선에 방문한 경우, 동거인 및 접촉자 중 유증상자, 해외방문자, 확진자의 접촉자가 있는 경우 등) | | | **예( ,**날짜 **),**  **아니오 ( )** |
| ③ 신청자 본인은 발열(37.5℃ 이상)이나 호흡기 증상 (기침, 인후통, 호흡곤란 등)이 있습니까? | | | **예( ), 아니오 ( )** |
| ④ 체험 전, 코로나19 검사를 개별적으로 진행하시겠습니까? (검사비용은 학생 부담입니다.) | | | **예( ), 아니오 ( )** |
| ⑤ 체험기간 내내 마스크 착용에 동의하며, 관련 지침에 따라 행동하지 않을 경우 또는 유증상 시, 체험이 중단됨을 동의하십니까? | | | **예( ), 아니오 ( )** |
| ◎ 신청서 분량 및 세부 항목은 자유 양식으로, 아래에 기술하십시오.  (항목 예: 본인소개, 지원동기, 앞으로의 공부계획 등) | | | | |

EMB000010b4050c

힘 찬 병 원

▶ 신청서는 아래 E-mail로 발송해 주시기 바랍니다. 신청서와 추천서 따로 접수 가능하나, 기간 내 모두 제출 된 경우만 접수됩니다. 접수 시, 메일 제목 예) 인턴십 신청서–홍길동

▶ 문의: 목동힘찬병원 관절의학연구소 (02) 3219-9229,9339 / himchanhospital@gmail.com 