**제16회 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** |  | | |
| **본인 핸드폰** |  | **보호자 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) 표시해주세요.  1지망, 2지망, 3지망이 있는 경우에는 1지망, 2지망, 3지망.. 등으로 표시해주세요. | | |
| ◎ 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 제출된 경우만 접수됩니다. 접수 시, 메일 제목 예) 김힘찬\_신청서

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