**제8회 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 차수**  **(1,2일차 체험)** | **1차( ), 2차( ), 3차( )**  반드시 (v) 표시. 중복 가능. 단 1, 2, 3지망 숫자로 표시  1차: 7월 26일,27일(수,목) / 2차: 8월 2일,3일(수,목) / 3차: 8월 9일,10일(수,목) | | |
| **3일차 참석 여부**  **(실습 및 수료식)** | 3일차 이론교육 및 실습, 수료식 8월 11일(금), 13:30 ~ 16:00  **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. | | | |

EMB000010b4050c

힘 찬 병 원

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

▶ 문의: 목동힘찬병원 관절의학연구소 (02) 3219-9229,9228 / himchanhospital@gmail.com 