

新潟県立燕労災病院 看護部インターンシップ 参加申込書

申込日	年 月 日							
フリガナ			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
氏 名								
生年月日	昭和・平成	年	月 日	歳				
住 所	〒							
電話番号	自宅		携帯					
メールアドレス								
希望日	第一希望		第二希望					
	月 日		月 日					
体験希望病棟	<input type="checkbox"/> 2東病棟 (神経内科・眼科、主に慢性期機能を中心とする病棟) <input type="checkbox"/> 3東病棟 (整形外科・脳神経外科、主に手術を中心とする病棟) <input type="checkbox"/> 3西病棟 (外科、消化器内科、主に手術を中心とする病棟) <input type="checkbox"/> 4東病棟 (消化器内科・血液内科・呼吸器内科、主に急性期疾患を中心とする病棟) <input type="checkbox"/> 4西病棟 (循環器内科・呼吸器内科、主に救急及び重症急性期疾患を中心とする病棟)							
学生・既卒者	<input type="checkbox"/> 学生		<input type="checkbox"/> 既卒者					
学校名								
卒業年度	平成	年度						
小児感染症の 抗体について	①麻	疹	罹患	歳頃	ワクチン接種	有	・	無
	②風	疹	罹患	歳頃	ワクチン接種	有	・	無
	③水	痘	罹患	歳頃	ワクチン接種	有	・	無
	④流行性	耳下腺炎	罹患	歳頃	ワクチン接種	有	・	無
食事の要否	<input type="checkbox"/> 食事必要		<input type="checkbox"/> 食事不要					
看護服のサイズ	<input type="checkbox"/> Sサイズ		<input type="checkbox"/> Mサイズ		<input type="checkbox"/> Lサイズ		<input type="checkbox"/> LLサイズ	
インターンシップ 希望動機								
その他要望等								

申込先:

【FAX】 0256-63-9819
 【メール】 saiyo@tsrh.jp

決裁欄			
看護部長	総務課長	給与係	庶務係