

## 燕労災病院 看護部インターンシップ 参加申込書

フリガナ			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女																																
名前																																			
生年月日	平成    年    月    日	歳																																	
住所	〒																																		
電話番号	自宅	携帯																																	
メールアドレス																																			
希望コース(※)	<input type="checkbox"/> 1日コース <input type="checkbox"/> 2日コース																																		
インターンシップ 希望日	第一希望 月   日   ~   月   日	第二希望 月   日   ~   月   日																																	
体験希望病棟 (※)	<input type="checkbox"/> 外科・脳神経外科・眼科(手術を中心とする)病棟 <input type="checkbox"/> 内科(消化器・血液内科) <input type="checkbox"/> 内科(循環器・呼吸器) <input type="checkbox"/> 内科(神経内科)																																		
学生・既卒(※)	<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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">①麻</td> <td style="width: 10%;">疹:</td> <td style="width: 10%;">罹患</td> <td style="width: 10%;">歳頃</td> <td style="width: 10%;">ワクチン接種</td> <td style="width: 10%;">有</td> <td style="width: 10%;">・</td> <td style="width: 10%;">無</td> </tr> <tr> <td>②風</td> <td>疹:</td> <td>罹患</td> <td>歳頃</td> <td>ワクチン接種</td> <td>有</td> <td>・</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>③水</td> <td>痘:</td> <td>罹患</td> <td>歳頃</td> <td>ワクチン接種</td> <td>有</td> <td>・</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>④流行性耳下腺炎:</td> <td></td> <td>罹患</td> <td>歳頃</td> <td>ワクチン接種</td> <td>有</td> <td>・</td> <td>無</td> </tr> </table>			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
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																												
食事の有無(※)	<input type="checkbox"/> 食事必要 <input type="checkbox"/> 食事不要																																		
宿舎の要否(※)	<input type="checkbox"/> 宿舎必要 <input type="checkbox"/> 宿舎不要																																		
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、体験中 の要望があれば 記入してください																																			

(注) 「(※)」のある項目については、□に「✓」して下さい。

- 問い合わせ先 燕労災病院看護部  
 [TEL]0256-64-5111(代表)                      (代表番号をまわして看護部につないで下さい)