**看護部インターンシップ申込書**

✉：bsoumu-ka@city.yonezawa.yamagata.jp

FAX：0238-22-2876

申込日：令和　 　年　 　月　 　日

**①希望日程**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加希望日 | 第一希望 | 第二希望 | 第三希望 |
| 月　　　日　（　　） | 月　　　日　（　　） | 月　　　日　（　　） |
| 自由記載 | ※日程に関して、配慮してほしいこと等があれば記載のこと。 |

**②申込者情報**※下記情報は個人情報保護法を遵守します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 性別 |
| 氏名 |  | 年 　　月 　　日生 | □男性 | □女性 |
| 年齢 | 歳 |
| 在籍校又は出身校※学部・学科も記載のこと。 | 学校名：（在学中の場合　学年：　　　　年生） | 卒業又は卒業見込年月 |
| 昭和・平成・令和　　年　　　　　月 |
| □卒業 | □卒業見込 |
| 連絡先 | 現住所 | ※都道府県名、番地、アパート名まで正確に記載のこと。 |
| 電話 |  |
| E-mail |  |

**②アンケート**※インターンシップに関してお伺いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 参加理由 | ※具体的に記載のこと（当院への就職希望、職場体験など）。 |
| 参加希望部署※希望する部署に☑のこと。（２つまで選択可） | □ ５階西病棟（産婦人科・乳腺外科・女性共有病床）□ 5階東病棟（小児科・整形外科）□ ６階西病棟（消化器内科）□ ６階東病棟（循環器内科・心臓血管外科・消化器内科）□ ７階西病棟（外科・泌尿器科）□ ７階東病棟（脳神経外科・眼科・耳鼻咽喉科・歯科口腔外科・集中治療科）□ 集中治療センター（ICU・HCU）□ 中央手術室□ 外来□ 救急室 |
| 上記の部署を選んだ理由 |  |
| 自由記載 | ※インターンシップに関して、希望事項や質問事項があれば記載のこと。 |