

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ついてお伺いします。

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。