

インターンシップ申込用紙

| | | | |
|------------------------------|--------|---|------------|
| 氏名 | | ふりがな | |
| 生年月日・性別 | | 昭和 平成 | 年 月 日 (歳) |
| 住所 | | 〒 - | |
| 連絡先 | TEL | () | - |
| | FAX | () | - |
| | E-mail | | |
| 学校名及び学年 | | 2020.4.1 現在 年生 | |
| | | 卒業予定年度 年度 | |
| 希望日 | | 希望する日の () に○をご記入ください。 () 4/18 (土) () 6/20 (土) () 4/25 (土) () 8/7 (金) | |
| 体験内容 | | ※ 体験を希望する部署を第2希望まで () にご記入ください。 () 内科系病棟体験 () 外科系病棟体験 () HCU 体験 () 地域包括ケア・回復期リハビリ () その他病棟 _____ テーショナル病棟体験 | |
| 応募された動機 や希望、ご意見 等 (必須) | | | |

※ 当院では個人情報適切に管理し、本人の了解なしに第三者への提供等はいたしません。

◎ 申し込みは、この用紙を明石市立市民病院へ FAX して下さい。 → 078-914-8374

◎ 内容等のお問い合わせは、看護部長室へお願いします。 → 078-912-2323 (代)