|  |
| --- |
| 大崎市民病院インターンシップ申込書ＦＡＸ番号　０２２９－２３－５３８０大崎市民病院　看護管理室　行 |

▶申込者情報　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日：　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 年齢 | 歳 | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　　―　　　　　 |
| 電話番号 | （自宅） | （携帯） |
| メールアドレス |  |
| 学校名 |  | 学年 |  |

▶参加希望日

|  |  |
| --- | --- |
| 第1希望日 | 第2希望日 |
| 年　　　月　　　日（　　） | 年　　　月　　　日（　　） |

▶看護体験希望部署

|  |
| --- |
| 希望診療科を選択してください（複数回答可） |
| □外　科　　□脳神経外科　　□整形外科　　□呼吸器外科　　□耳鼻咽喉科 |
| □呼吸器内科　　□消化器内科　　　　□循環器内科　　　　□神経内科　　□血液内科□腫瘍内科　　　□腎臓・内分泌内科　□糖尿病・代謝内科 |
| □産　科 |
| □手術室　　□救急病棟 |

※お申し込み等の状況によっては希望に添えない場合もございますので，予めご了承ください。