鶴岡市立荘内病院

看護部　インターンシップ（病院見学・説明会）申込書

　　申し込み期限：2020年2月29日（土）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | | | | |
|  | | | | |
| 性　　別 | 男　　　　　　　・　　　　　　女 | | | | |
| 学　校　名 | 所在地  名称 | | | 学年 | 年 |
| 現住所 |  | | | | |
| メールアドレス  （携帯アドレス可） | ※当院ドメイン（@shonai-hos.jp）を受信できるように設定をお願いします | | | | |
| 電話番号 |  | | | | |
| 看護体験したい  希望部署  ＊ご希望に添えない場合も  　ございますので、  　ご承知おき下さい。 | ＊希望順番（数字）を入れて  下さい | | ＊ご希望があれば（　　）に希望順番を入れて下さい | | |
|  | Ⅰ．病棟 | （　　）外科系  （　　）内科系 | | |
|  | Ⅱ．中央部門 | （　　）集中治療センター  （　　）手術センター  （　　）救急センター  （　　）周産期母子医療センター | | |
|  | Ⅲ．認定看護師 | 分野は摂食・嚥下障害看護認定看護師です。 | | |
| 知りたい事 | ※教育についてなど　　　記入は必須ではありません | | | | |
| ユニフォームについて、〇で囲んでください。　・持参可能　　　・持参できません→サイズ：\_\_\_\_ | | | | | |