

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、○で囲んでください。	• 持参可能      • 持参できません→サイズ：____		
食物アレルギーについて、○で囲んでください。	• あり（                      ）      • なし		