医療法人社団　全仁会

東都春日部病院　病院長　木村　理　様

看護学生インターンシップ　参加申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

下記の通り、貴院のインターンシップに参加を申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日  昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 | |
| 氏　　名 |
| 在籍校 |  | | | |
| 学年 | 年生 | 当院での実習経験 | | あり　　・　　なし |
| 現住所 | 〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　　携帯電話： | | | |
| メール  アドレス | ＠ | | | |
| 希望日 | 第1希望日：　　　　令和　　　年　　　月　　　日（　　　　） | | | |
| 第2希望日：　　　　令和　　　年　　　月　　　日（　　　　） | | | |
| 希望部署 | 急性期一般病棟　　・　　療養病棟 | | | |
| 体験を希望した動機 |  | | | |

※病院記入欄

　□インターンシップを許可致します。　　　　　　　　　　病院長　　　　　　　　　　　印