

平成 29 年 荏原病院看護師インターンシップ 申込書 （ 様式A ）

* ○○病院インターンシップに参加ご希望の方は、本申込書を記載して下記までFAXまたは郵送して下さい。

フリガナ 氏 名		男 女	写真添付欄 (4cm×3cm) 最近3ヶ月以内 撮影のもの 上半身、脱帽
生 年 月 日	□ 昭和 □ 平成 年 月 日 インターンシップ参加時の年齢 歳		
住 所	〒 -		最寄り駅 線 駅
電 話 番 号	自宅 :	携帯 :	
所属看護師養成機関	名称 養成課程年数 年間 年生 学校への連絡 □ 可 □ 不可 ※ (公財) 東京都保健医療公社では、将来的にああなたの学校との連携を深めていきたいと考えています。 あなたが今回のインターンシップに参加することを学校に連絡しても良いか質問です。		
参加希望コース	記入例) 1 □ 日勤 2 □ 日勤+夜勤 □ 1日間 □ 3日間 □ 2日間 □ 4日間 □ 3日間 □ 4日間 □ 複数病棟希望 ※期間中、複数の病棟 (診療科) 出職場体験を希望される方は、「複数病棟希望に口して下さい 希望病棟 (病棟) (病棟) ※希望病棟は、具体的病棟名の他、内科系・外科系または無しも可		
参加希望日	記入例) 希望日 (初日の日付を記入して下さい。) □ 平成29年 月 日 () □ 平成29年 月 日 ()		
宿泊希望の有無	□ 希望する (指定ホテル) → 宿泊日 (/ . / . / . /) □ 自宅から通う □ その他 (滞在先住所:)		

○あなたの健康について質問します。

(1)1年以内に健康診断を受けたことがありますか。(学校の健診など)

無 ・ 有()

(2)現在治療中の疾患がありますか。ある場合は差し支えない範囲で状況を記入してください。

無 ・ 有()

(3)その他健康上不安に思っていることがあれば記入してください。

()

○インターンシップの志望動機

○その他意見・実習中の要望等あれば自由に記入して下さい。

提出されました書類の個人情報については、インターンシップ実施に必要な業務に限って使用し、終了後は廃棄処理いたします。

連絡先・提出先

公財) 東京都保健医療公社 荏原病院看護部

人材育成担当副部長 熊崎 美保

TEL 03-5734-8000 内線 3001

E-mail:miho_kumazaki@tokyo-hmt.jp