

○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

T E L 03-5734-8000 内線 3001