

東北厚生年金病院 看護師インターンシップ研修申込書

フリガナ

1. 氏 名 _____ 年齢() 男 ・ 女

2. 看護学校名 _____

3. 研修日

申込の状況により、ご希望に添いかねる場合もございますのでご了承ください。

第一希望 平成22年 月 日

第二希望 平成22年 月 日

4. 研修場所

人数調整の都合上、ご希望に添いかねる場合もございますのでご了承ください。

ア) 内科系、イ) 外科系、ウ) 手術室、エ) ICU、オ) 外来部門、カ) 回復期リハ

第一希望() 第二希望()

5. 看護の体験をするにあたり健康に関して質問いたします。

1) 現在治療中の疾患 無 ・ 有()

2) 健康診断での異常 無 ・ 有()

6. 日程が決定次第、当院より詳細をご連絡いたしますのでご記入ください。

住 所 〒 _____

電 話 _____ () _____

F A X _____ () _____

Eメール _____ @ _____

7. その他

宿泊場所として当院の単身用宿舎を使用することが出来ます。

利用する ・ 利用しない