

# インターンシップ申込用紙 (総合医療センター)

ふりがな

1 氏名 \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 歳 性別: 男 · 女

2 住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

@

3 学校名 \_\_\_\_\_ 年生 \_\_\_\_\_ 年卒業予定 \_\_\_\_\_ 年免許取得 \_\_\_\_\_  
(既卒の方は最終学校名および免許取得年を記入)

4 希望体験場所(下記より診療科を選択) 総合医療センター

内科・外科・小児科・高度救命救急センター・総合周産期(新生児部門)  
総合周産期(母体胎児)・中央手術部

第一希望

第二希望

5 日程希望日 月 日 ( ) ~ 月 日 ( )

月曜日～土曜日のうち1日～3日間(日曜・祝日除く)

※特殊部門[高度救命救急センター]につきましては、下記の期間でお願いします。

※特殊部門[総合周産期母子医療センター(新生児部門・母体胎児)]につきましては、必ず月曜日からはじまる1～3日でお願いします。

例: 第一希望 ○月○日(月)～○月○日(火) 第二希望 ○月○日(月)～○月○日(水)

5月14日(月)～16日(水)	6月11日(月)～13日(水)	7月9日(月)～11日(水)	8月6日(月)～8日(水)
5月21日(月)～23日(水)	6月18日(月)～20日(水)	7月17日(火)～19日(木)	8月13日(月)～15日(水)
5月28日(月)～30日(水)	6月25日(月)～27日(水)	7月23日(月)～25日(水)	8月20日(月)～22日(水)
6月4日(月)～6日(水)	7月2日(月)～4日(水)	7月30日(月)～8月1日(水)	8月27日(月)～29日(水)

9月3日(月)～5日(水)	10月1日(月)～3日(水)	10月29日(月)～31日(水)	11月26日(月)～28日(水)
9月10日(月)～12日(水)	10月9日(火)～11日(木)	11月5日(月)～7日(水)	
9月18日(火)～20日(木)	10月15日(月)～17日(水)	11月12日(月)～14日(水)	
9月25日(火)～27日(木)	10月22日(月)～24日(水)	11月19日(月)～21日(水)	

注)上記日程のうち1～3日間選べますが、必ず初日に参加していただきます。

上記以外にご希望の方は看護部までご連絡ください。

6 下記疾患についてかかる範囲で結構ですので記入してください

疾患	罹患歴	ワクチン接種歴		
麻疹	無 有	無	1回	2回
風疹	無 有	無	1回	2回
水痘	無 有	無	1回	2回
流行性耳下腺炎	無 有	無	1回	2回

7 宿泊の希望について 宿泊を希望する → 宿泊の期間: / から / までの 泊 日

宿泊を希望しない

※この用紙を看護部へFAX、郵送またはe-mailに添付してお送りください 看護部 FAX 049-228-3767  
kkango@saitama-med.ac.jp