インターンシップ申込用紙 (国際医療センター)

ふりがな

1. 氏名 _____ 年齢 _____ 才 _____ 性別 男・女

2. 連絡先：住所 〒 _____ - _____

電話 _____ FAX _____

携帯 _____ E-mail _____

3. 学校名及び学年（既卒の方は最終学校名および免許取得年を記入）

学校名 _____ 年生 _____ 年卒業予定（ _____ 年取得）

4. 希望体験場所（下記より診療科を選択）国際医療センター

- ・ 包括的がんセンター
- ・ 心臓病センター
- ・ 救命救急センター（救命 ICU、救命一般病棟、救命外来、脳卒中センター）
- ・ 中央手術室
- ・ 中央放射線部
- ・ 体験部署以外の施設内見学
- ・ 寮の見学（女性のみ）

第一希望 _____ 第二希望 _____

5. 日程希望日※日曜・祝日除く

月～土曜日のうち1日～3日間を選んで下記の欄に記入して下さい。

_____ 月 _____ 日 () ~ _____ 月 _____ 日 ()

6. 下記疾患について分かる範囲で結構ですので記入して下さい。

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

・ 宿泊施設の利用を _____ 希望する・希望しない

・ 希望する場合の宿泊の期間 _____ / _____ から _____ / _____ までの _____ 泊 _____ 日

※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 042-984-0069/simckang@saitama-med. ac. jp