

埼玉病院看護部

病院見学会・インターンシップ参加申込書

1. 参加希望種別

病院見学会

インターンシップ

希望する方に○印を付けてください

2. 参加希望日

第1希望：平成 年 月 日 ()

第2希望：平成 年 月 日 ()

第3希望：平成 年 月 日 ()

3. 氏名

ふりがな：

4. 年齢・性別

歳 (男 ・ 女)

5. 学校名・学年

学校 (大学)
学年 (1年 ・ 2年 ・ 3年 ・ 4年)

6. 連絡先

本人住所：

電話番号： ()

家族住所：

電話番号： ()

7. 希望部署 (病棟案内参照)

第1希望： _____ 病棟

第2希望： _____ 病棟

第3希望： _____ 病棟

8. その他

(希望事項など
お書き下さい)

《申込み締め切り》 病院見学は、開催日の **2 日前**、インターンシップは、研修希望日の **2 週間前**
FAX：048 - 464 - 1138 担当：教育担当看護師長