

平成26年 埼玉病院 看護師インターンシップ研修申込書

1. 研修希望日: ①平成 年 月 日 ()
②平成 年 月 日 ()
③平成 年 月 日 ()

※日程は、調整の上こちらよりご連絡させていただきますので、第3希望までご記入下さい。

2. 氏名 ふり かな _____

3. 年齢 (歳) 4. 性別 (男・女)

5. 看護学校名(大学・専門学校)

_____ 学年(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. 希望する研修部署を選び○をつけてください。

A:内科系 B:外科系 C:小児科 D:産科

8. 健康状態についてお伺いいたします。

B:学校の健康診断での異常: 無・有()

A:現在治療中の疾患: 無・有()

9. その他(希望事項など)