

インターシップ申込み表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりかなお名前 |  | 学校名 |  | 学年性別 | 学年男　　女 |
| インターシップ希望日 | 第１希望 |  | 第２希望 |  |
| インターシップ希望科 | 第１希望科 |  | 第２希望科 |  |
| ご本人の連絡先 | 　携帯℡ |  | 自宅℡ |  |
| 住所 | 〒 |
| パンフレットの希望〇をつけて下さい | 有 | 無 | 連絡が付く時間帯 |  |

この用紙に必要事項を記載して、当院看護部迄メール又はFAXをお願いします。

用紙を確認後　こちらからご連絡差し上げます

※実習で使用している体調管理表を使用し、1週間前から確認をお願いします。

1つでも該当がある場合は、前日又は当日の朝8時半までにご連絡ください。

※感染症の拡大状況で研修病棟や研修時間等が変更になる場合がございます。

連絡先

春日部市立医療センター

メールアドレス：kangobu@kasukabe-city-hosp.jp

　FAX：048-736-7672

看護部：都市和代　まで

