

インターンシップ参加申込書

愛知医科大学病院 看護部

FAX 0561-63-1257

mail : kangobu@aichi-med-u.ac.jp

申込日 月 日

ふりがな			
氏名	性別(男・女)		
連絡先	住所 〒	-----	
	※ 自宅電話	-----	
	※ 携帯電話	-----	
	※ メールアドレス	-----	
※体験可能の有無を連絡しますので必ずいずれかの(すべてでもよい)記入をお願いします			
学校名(学科名)		学年	
体験希望日 希望日を○で囲み ()内に優先順位 の番号を記入して ください	月	火	水
	木	金	
3月	1()		
4()	5()	6()	7()
8()	11()	12()	13()
14()	15()	18()	19()
20()	22()	25()	26()
27()	28()		
<p>★インターンシップ当日の流れ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・8時30分～集合、ユニホーム着替え ・8時45分～オリエンテーション ・9時～14時 看護体験 ・14時～集合、見学、アンケート記入 			
体験希望場所 希望箇所を○で囲み、 ()内に優先 順位の番号を記入 してください	血液内科()・腎臓・総合診療内科()・集中リハビリ()・消化器外科()		
	血管外科・形成外科・皮膚科()・整形外科()・耳鼻咽喉科・神経内科()		
脳神経外科・脳卒中センター()・呼吸器内科・外科()・消化器内科()			
消化器内科・呼吸器内科・内分泌内科()・眼科・歯科口腔外科()			
小児()・泌尿器・睡眠科()・循環器内科・心臓外科()			
産科()・婦人科・女性()・NICU()			
精神神経科()・特別病棟()			
EICU()GICU()HCU()手術室()			
特になし() ※複数科で明示されている部署は混合病棟です			
自由記載欄	質問、要望等		

個人情報の取り扱いには十分留意し、インターンシップ参加に関する以外には使用しません

注意：・申込締切りは参加希望日の1週間前とします