

病院説明会参加申込書

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			
職場名 (現在の病院名)		卒業年度	
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	<u>2019年8月</u> 1 (木) : () 2 (金) : ()	★説明会当日の流れ ・9時45分 玄関グランドピアノ前集 合 ・10時～11時 病院説明会・施設見学	
	<u>2020年3月</u> 5 (木) : () 6 (金) : ()		
見学希望場所 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() 脳卒中センター・集中リハビリ () 血管外科・形成外科・皮膚科() 整形外科() 耳鼻咽喉科・麻酔科・放射線科() 脳神経外科 () 呼吸器内科・外科 () 消化器内科 () 消化器外科 () 消化器内科・呼吸器内科・内分泌内科・糖尿病内科 () 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 () 救急外来 () 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、病院説明会参加に関すること以外には使用しません

注意： <申込期間> 夏季：2019.7/1～29迄、春季：2020.2/1～26迄 期間厳守