

# 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	( 年課程)	学年				
<b>体験希望日</b> 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	<b>★インターンシップ当日の流れ</b> ・8時30分 玄関グランドピアノ前 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～15時 病院説明会 ・15時 集合、アンケート記入、解散 ★持ち物：ユニフォーム・シューズ
	8月	5( )	6( )		8( )	
			13( )	14( )		16( )
		20( )	21( )	22( )	23( )	24( )
		26( )	27( )	28( )	29( )	
<b>体験希望場所</b> 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 ( ) 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：申込は2019.7/1～29まで 期間厳守						