

令和元年 多摩北部医療センター看護師インターンシップ 申込書

* 多摩北部医療センターインターンシップに参加希望の方は、本申込書を記載して下記までFAXまたは郵送して下さい。

フリガナ 氏名		男 女	写真添付欄 (4cm×3cm) 最近3ヶ月以内 撮影のもの 上半身、脱帽
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 インターンシップ参加時の年齢 歳		
住所	〒 —		最寄り駅 線 駅
電話番号	自宅 :	携帯 :	
所属看護師養成機関	名称		
	養成課程年数	年間	年生
※(公財)東京都保健医療公社では、将来的にあなたの学校との連携を深めていきたいと考えています。 あなたが今回のインターンシップに参加することを学校に連絡しても良いか質問です。 学校への連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可			
参加希望コース	<input type="checkbox"/> 1日コース <input type="checkbox"/> 2日間コース(日勤のみ) <input type="checkbox"/> 3日間コース(日勤のみ) <input type="checkbox"/> 3日間コース 日勤+夜勤(2日目15時~21時)		
参加希望日	1日コース ①8月5日 ②8月13日 ③8月19日 2日コース ④8月5日・6日 ⑤8月13日・14日 ⑥8月19日・20日 3日コース ⑦8月5日・6日・7日 ⑧8月19日・20日・21日 ⑨8月26日・27日・28日 希望日①~⑨を選択し以下に数字を記入してください 第1希望 () 第2希望 () 第3希望 ()		
希望病棟または診療科	第1希望 : 第2希望 : 第3希望 :		
宿泊希望の有無	<input type="checkbox"/> 希望する (指定ホテル) → 宿泊日 (/ . / . /) <input type="checkbox"/> 自宅から通う <input type="checkbox"/> その他 (滞在先住所 :)		
○あなたの健康について質問します。			
(1)1年以内に健康診断を受けたことがありますか。(学校の健診など)			
□無・□有()			
(2)現在治療中の疾患がありますか。ある場合は差し支えない範囲で状況を記入してください。			
□無・□有()			
(3)その他健康上不安に思っていることがあれば記入してください。			
()			

○インターンシップの志望動機
○その他意見・実習中の要望等あれば自由に記入して下さい。

提出されました書類の個人情報については、インターンシップ実施に必要な業務に限って使用し、終了後は廃棄処理いたします。

連絡先・提出先 〒189-8511 東村山市青葉町 1-7-1 多摩北部医療センター 看護部 名古屋・大河原 TEL 042-396-3811 FAX 042-396-3076
