平成 30 年夏　多摩北部医療センター　インターンシップ　申込書

＊インターンシップに参加ご希望の方は、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	□ 昭和　□ 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　□ 可　□ 不可		
参加希望コース	□1 日　□２日間（日勤のみ）□３日間　（日勤のみ）　□３日間　日勤＋夜勤（2 日目 15 時～21 時）		
参加希望日	**1 日コース　⑦7 月 9 日　②7 月 17 日　③7 月 23 日　④7 月 30 日　⑤8 月 20 日　⑥8 月 27 日** **2 日コース　⑦7 月 9・10 日　⑧7 月 17・18 日　⑨7 月 23・24 日　⑩7 月 30・31 日　⑪8 月 20・21 日** **⑫8 月 27 日・28 日** **3 日コース　⑬7 月 9・10・11 日　⑭7 月 23・24・25　⑮7 月 30・31・8 月 10 日　⑯8 月 20・21・22 日** **⑰8 月 27・28・29 日** 希望日①～⑰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（　　）		
宿泊希望の有無	□　希望する　（　指定ホテル　）　→　**宿泊日**　（　／　・　／　・　／　） □　自宅から通う □　その他　（滞在先住所：　　）		

〇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。

（　　）

〇インターンシップの志望動機

〇意見・実習中の要望等

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　鎌田
ＴＥＬ042-396-3811　ＦＡＸ042-396-3076