

○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。

()

○新型コロナワクチンの接種状況についてお伺いします。

(1)ワクチンの接種をしましたか。

無 ・ 有(または接種予定日が決まっている) →有の方は(2)もお答えください。

(2)ワクチンの接種時期を記入してください。

接種回	時期 (日付記載の上、接種済または予定のいずれかに○)
1回目	月 日 接種済 ・ 予定
2回目	月 日 接種済 ・ 予定

○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 内田・齋藤

T E L 042-396-3811 F A X 042-396-3076