

令和2年春期 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 ①3月10日 ②3月17日 ③3月24日 2日コース ④3月10日・11日 ⑤3月17日・18日 ⑥3月24日・25日 3日コース ⑦3月10日・11日・12日 ⑧3月17日・18日・19日 ⑨3月24日・25日・26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) <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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
