

下関市立市民病院看護師病院見学・インターンシップ申込書

氏 名	ふりがな		性別	
生 年 月 日			年 齢	
住 所	〒			
電 話 番 号			メールアドレス	
学校名（学科）			学 年	年生（ 年卒業見込）
参 加 希 望 日	2025 年 8 月 27 日（水）			
参加希望コース	ご希望のコースに○をつけてください。 なお、インターンシップコースをご希望の方は研修希望部署の順位をご記入ください。 ✦病院見学コースは看護師・看護学生（学年不問）対象、 インターンシップコースは実習を経験している看護学生対象です			
	○	病院見学コース（10：00～12：00）		
	○	インターンシップコース※ ^{1、2} （10：00～15：00）		
	第__希望	外科系病棟…周術期の患者さんの看護の見学（5E）		
	第__希望	循環器系病棟…心臓カテーテル検査を受ける患者さんとの関わりや看護、心臓カテーテル検査を見学（3E）		
	第__希望	救命センター…集中治療を受ける患者さんとの関わりや看護、手術直後の患者さんの観察・ケアを見学（HCU）		
自 由 記 載 欄	（質問、要望等があればご記入ください。）			

※1 インターンシップコースは申込多数の場合、申込期限より前に受付を終了することがございます。

※2 当日は個人情報保護に関する誓約書を提出していただきます。

《申込方法》

info@shimonosekicity-hosp.jp 宛に、件名「病院見学会、インターンシップ申込」とし、本申込書に必要事項をご記入の上、メールに添付、送信をお願いいたします。

当院からのメールが受信できるよう、設定をご確認ください。