

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 [Text Area]		性別	
生 年 月 日			年齢	
住 所	〒 [Text Area]			
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	ご希望の日程に○をつけてください。 (○) 4月2日(木) • (○) 4月25日(土) (○) 5月1日(金) • (○) 6月6日(土) (○) 7月11日(土) • (○) 8月6日(木) (○) 9月5日(土)			
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。 ✳ インターンシップコースは4月2日(木)、5月1日(金)、8月6日(木)のみ選択可能。 ✳ 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。			
	<input type="radio"/>	病院見学コース (10:00~12:00)		
	<input type="radio"/>	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。