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

<table>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2">ふりがな</td><td>性別</td><td></td></tr>
<tr><td>生　年　月　日</td><td colspan="2"></td><td>年齢</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">〒</td></tr>
<tr><td>電　話　番　号</td><td colspan="2"></td><td>メールアドレス</td><td></td></tr>
<tr><td>学校名（学科）</td><td colspan="2"></td><td>学年</td><td>・　年生（　　年卒業見込）
・　既卒</td></tr>
<tr><td>参 加 希 望 日</td><td colspan="4">ご希望の日程に〇をつけてください。
（　◌　）1月16日（土）　（　◌　）2月6日（土）
（　◌　）3月6日（土）　（　◌　）3月25日（木）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">参加希望コース</td><td colspan="4">ご希望のコースに〇をつけてください。
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3月25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。</td></tr>
<tr><td>◌</td><td colspan="3">病院見学コース（10：00～12：00）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">◌</td><td colspan="3">インターンシップコース※1、2（10：00～15：00）</td></tr>
<tr><td>第＿希望</td><td>外科系病棟…周術期の患者さんの看護の見学（5E）</td></tr>
<tr><td>第＿希望</td><td>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）</td></tr>
<tr><td>第＿希望</td><td>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）</td></tr>
<tr><td>自 由 記 載 欄</td><td colspan="4">（質問、要望等があればご記入ください。）</td></tr>
</table>

※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。