浜松医科大学医学部附属病院看護部　行

（FAX053-435-2177）（E-mail　kangois@hama-med.ac.jp）　　　　　申込み日　　月　　日

**平成30年インターンシップと病院見学・施設説明会申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名　　（性別） | フリガナ（　男・女　） |
| 本人住所（連絡先）電話番号 E-mail | 〒(自宅)　　　　　　　　　　　　　(携帯) E-mail　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 家族住所電話番号 | 〒℡ |
| 案内等郵送先どちらかを○で囲んで下さい | 本人住所　　　　　　　家族住所 |
| 学年、学校名（既卒の方は勤務先） | 学年 第　　　年　　　　　　　学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 希望日程 | 1. **①1日コース、 ②説明会・病院見学のみ、の**
2. **いずれか１つを選び、希望する日程の横に○をつけてください。**
 | **前日の宿泊希望** | **申込期限** |
| コース日程 | 1. 1日コース
 | 1. 説明会、

病院見学**のみ**(ｲﾝﾀｰﾝｼｯﾌﾟなし) | 宿泊希望の方は希望日を○で囲んでください |
| 第 1回 | 1月20(土) |  |  | 有　・　無 | **1/12（金）** |
| 第 2回 | 2月10日(土) |  |  | 有　・　無 | **2/2（金）** |
| 第 3回 | 2月24日(土) |  |  | 有　・　無 | **2/16（金）** |
| 第 4回 | 3月10日(土) |  |  | 有　・　無 | **3/2（金）** |
| 第 5回 | 3月17日(土) |  |  | 有　・　無 | **3/9（金）** |
| 第 6回 | 3月19日(月) |  |  | 有　・　無 | **3/12（月）** |
| 第 7回　 | 3月22日(木) |  |  | 有　・　無 | **3/15（木）** |
| 第 8回 | 3月27日(火) |  |  | 有　・　無 | **3/23（金）** |
| 第 9回 | 4月 7日(土) |  |  | 有　・　無 | **3/30（金）** |
| 第10回 | 4月 21日(土) |  |  | 有　・　無 | **4/13（金）** |
| 第11回 | 5月1日(火) |  |  | 有　・　無 | **4/27（金）** |
| 第12回 | 5月12日(土) |  |  | 有　・　無 | **5/2（水）** |
| 第13回 | 6月 2日(土) |  |  | 有　・　無 | **5/25（金）** |
| 第14回 | 8月 11日(土) |  |  | 有　・　無 | **締め切り** |
| 第15回 |  9月8日（土） |  |  | 有　・　無 | **8/24（金）** |
| 第16回 | 11月3日（土） |  |  | 有　・　無 | **10/22（月）** |
| 体験希望病棟 **第1希望～第3希望まで数字をご記入ください。(病院見学と説明会のみの方は記入不要)**※参加希望が1部署に集中した場合は調整させていただきます。（1病棟に2名程度）ご希望に添えない場合もありますのでご理解ください。　（ 　）２階西病棟（心臓血管外科・呼吸器外科・乳腺外科・一般外科）（　 ）５階西病棟（上部・下部消化管外科・肝胆膵外科）（　 ）３階東病棟（脳神経外科・眼科）　　　　　　　　　　　（ 　）６階東病棟（耳鼻咽喉科・血管外科・感染）（　 ）３階西病棟（整形外科・歯科・口腔外科・リハビリ） 　 （ ）６階西病棟（消化器内科・腎臓内科・神経内科）（　 ）４階西病棟（小児科・小児外科） 　　 （　 ）７階東病棟（循環器内科・免疫ﾘｳﾏﾁ内科・皮膚科）（　 ）５階東病棟（婦人科・泌尿器科・肝胆膵外科）　　　　　（ 　）７階西病棟（内分泌代謝内科・呼吸器内科・肝臓内科） （　 ）８階東病棟（血液内科・麻酔科・緩和ｹｱ・臨床薬理内科） |
| インターンシップ、説明会参加の理由 |  |
| 質問など |  |