《　東芝林間病院　看護部インターンシップ申込書　》

◆　参加希望者

ふりがな

氏名：　　年齢（　　）性別（　　）

看護学生　・・・　学校名：　　（　　年生）

看護師資格・・・　あり　　年　免許取得　　ブランク期間：　　年

連絡先

住所：〒

電話番号：　　携帯電話番号：　　（　　）

Ｅメール：　　＠

◆　希望日

第１希望：　　年　　月　　日（　　曜日）

第２希望：　　年　　月　　日（　　曜日）

◆　希望する体験部署を〇で囲んで下さい。

２階北　地域包括ケア病棟

２南病棟　外科系（外科・消化器内科・泌尿器科・口腔外科・眼科・皮膚科・耳鼻科）

３階病棟　内科系（循環器内科・腎臓内科・内分泌代謝科・神経内科）

４階回復期リハビリテーション病棟

５階病棟　（整形外科）

外　来

手術室

透析センター

◆　感染症他

ツベルクリン反応：　強陽性　・　陽性　・　陰性　・　不明

インフルエンザ予防接種実施：　済　・　今後予定　・　未

新型コロナワクチン接種実施：　済　（１回・２回・３回）　・　今後予定　・　未

現在治療中の疾患：　なし　・　あり（病名：　　）

◆　ユニフォームをお持ちでない方は、ご自身のサイズを〇で囲んで下さい。

サイズ：　Ｓ　・　Ｍ　・　Ｌ　・　ＬＬ

◆　連絡事項

※ご記入いただきました個人情報は、インターンシップ以外の目的での使用は致しません。