

# インターンシップ (Enjoy Nursing!) 申込用紙

申込用紙に書かれた個人情報は、「インターンシップ (Enjoy Nursing!)」に関わるご案内や連絡、その他のお知らせなどに利用させていただきます。

申込日： 年 月 日

氏名	ふりがな		性別	年齢
現住所	〒			
連絡先	メールアドレス	@		
	電話番号	過去の参加について		
	携帯電話	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 回目		
学校名 (学部)				学年

※できましたら第3希望までご記入ください

①体験希望日	(1)	月 日 ・ 月 日 ・ 月 日 月 日 ・ 月 日 ・ 月 日 月 日 ・ 月 日 ・ 月 日 ★単発で体験をご希望の方はこちらに日付をご記入ください。
	(2)	月 日 ~ 月 日 月 日 ~ 月 日 ★続けて体験をご希望の方はこちらに日付をご記入ください。
②体験希望日数	1日 ・ 2日 どちらかの日数を○で囲んでください。	
③体験希望事業所		
体験理由をお書きください		
体験名にシ点をお願いします (複数可) <input type="checkbox"/> 病棟 (内科・外科・回復期リハビリテーション) <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> 保健予防 / 注1 <input type="checkbox"/> 在宅、往診 / 注2 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
特に体験したいことを具体的にお書きください		

注1：健康増進センターや地域の保健予防活動などの体験 (保健師取得見込み者のみ)。

注2：体験できない日時や事業所もありますので、あらかじめご相談ください。

【お申込み・お問い合わせ先】医療生協さいたま生活協同組合 看護部保健看護課



〒333-0831 埼玉県川口市木曾呂1317  
 電話:048-294-6111 FAX:048-294-1490  
 E-mail:kangakusei@mcp-saitama.or.jp