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。

氏名				E	₹込日:	年	月 日	
現住所		ふりがな				性別	年齢	
現住所	氏 名							
現住所		_						
連絡先 機帯電話	現住所	Т						
連絡先 機帯電話		./ #21*12	<u> </u>					
携帯電話	油级 生						nについて	
学年 学年 学年 ※できましたら第3希望までご記入ください 月 日 ・ 月 日 日 ・ 月 日 日 ・ 月 日 日 ・ 月 日 日 日 日	建加力							
※できましたら第3希望までご記入ください 月 日 ・ 月 日 ・ 月 日 月 日 ・ 月 日 ・ 月 日 月 日 ・ 月 日 月 日 ・ 月 日 月 日 ・ 月 日 月 日 ・ 月 日 大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。 日 日 ~ 月 日 日 ~ 月 日 日	兴 +六夕 (兴如)	3/3/10 -200	<u> </u>			_ 1/3 ° 5 ° C		
月 日 · 月 日 · 月 日 · 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	学校名(学部)							
月 日 · 月 日 · 月 日 · 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日								
(1) 月 日 · 月 日 · 月 日 · 月 日 · 月 日 · 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。 月 日 ~ 月 日 ~ 月 日 · 日 ·		T						
(1) 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。	①体験希望日	(1)	· -	_		· -	_	
 ①体験希望日 ★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 ★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 体験名にレ点をお願いします(複数可) □病棟(内科・外科・回復期リルビリテーション) □外来 □手術室 □保健予防/注1 □在宅、往診/注2 □訪問看護 □その他(特に体験したいことを具体的にお書きください			★単発で体験を	ご希望の方	はこちら	らに日付をご記	ー 入ください。	
★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 体験名にレ点をお願いします(複数可) □病棟(内科・外科・回復期川ビリテーション) □外来 □手術室 □保健予防/注1 □在宅、往診/注2 □訪問看護 □その他(特に体験したいことを具体的にお書きください			月		~ F	B		
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 体験名にレ点をお願いします(複数可) □病棟(内科・外科・回復期リルビリテーション) □外来 □手術室 □保健予防/注1 □在宅、往診/注2 □訪問看護 □その他(特に体験したいことを具体的にお書きください		(2)				_	7 (1) \ 1	
どちらかの日数を〇で囲んでください。 ③体験希望 事業所 体験理由をお書きください 体験名にし点をお願いします(複数可) □病棟(内科・外科・回復期リルビリテーション) □外来 □手術室 □保健予防/注1 □在宅、往診/注2 □訪問看護 □その他(特に体験したいことを具体的にお書きください			★続けて体験を	上希望の万	はしりと	0に日付をこ記	人くたさい。	
どちらかの日数を〇で囲んでください。 ③体験希望 事業所 体験理由をお書きください 体験名にし点をお願いします(複数可) □病棟(内科・外科・回復期リルビリテーション) □外来 □手術室 □保健予防/注1 □在宅、往診/注2 □訪問看護 □その他(特に体験したいことを具体的にお書きください	 ②体験希望日数			1 🗇 🕠	2 F	1		
事業所 体験理由をお書きください 体験名にし点をお願いします(複数可) □病棟(内科・外科・回復期リルビリテーション) □外来 □手術室 □保健予防/注1 □在宅、往診/注2 □訪問看護 □その他(特に体験したいことを具体的にお書きください				_		_		
事業所 体験理由をお書きください 体験名にし点をお願いします(複数可) □病棟(内科・外科・回復期リルビリテーション) □外来 □手術室 □保健予防/注1 □在宅、往診/注2 □訪問看護 □その他(特に体験したいことを具体的にお書きください	②体験委员							
体験理由をお書きください 体験名にレ点をお願いします(複数可) □病棟(内科・外科・回復期リルビリテーション) □外来 □手術室 □保健予防/注1 □在宅、往診/注2 □訪問看護 □その他(特に体験したいことを具体的にお書きください								
体験名にし点をお願いします(複数可) □病棟(内科・外科・回復期リルビリテーション) □外来 □手術室 □保健予防/注1 □在宅、往診/注2 □訪問看護 □その他(特に体験したいことを具体的にお書きください								
□病棟(内科・外科・回復期リルビリテーション) □外来 □手術室 □保健予防/ <u>注1</u> □在宅、往診/注2 □訪問看護 □その他() 特に体験したいことを具体的にお書きください								
□病棟(内科・外科・回復期リルビリテーション) □外来 □手術室 □保健予防/ <u>注1</u> □在宅、往診/注2 □訪問看護 □その他() 特に体験したいことを具体的にお書きください								
□在宅、往診/ <u>注2</u> □訪問看護 □その他() 特に体験したいことを具体的にお書きください	体験名にレ点をお願いします(複数可)							
――― 特に体験したいことを具体的にお書きください								
)	
注 1:健康増進センター物地域の保健予防活動たどの体験(保健師取得目はみ老のみ)	特に体験したい	ことを具体的	切にお書きください	·)				
注1:健康増進センターや地域の保健予防活動たどの休齢(保健師取得目はみ老のみ)								
ユー・炷水坦圧にノノー 〜心がハトほか川口助は〜∪仲戦 (休庭叫以付九处の10/07/)。	L注 1:健康增于	<u></u> 進センターや	」 ・ 地域の保健予防治	 5動などの(本験(保	健師取得見込む	 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 埼玉県川口市木曽呂1317

電話:048-294-6111 FAX:048-294-1490

E-mail:kangakusei@mcp-saitama.or.jp