**兵庫県立丹波医療センター　病院見学・インターンシップ申込用紙**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込み日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 基本情報 | 氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | | （　　　　　　　） | | | | 年齢 |  | |
| 連絡先 | | 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | |
| メールアドレス | |  | | | | | | |
| 学校名  （学生さんの場合） | |  | | | | 学年 |  | |
| 所属施設名  (既卒の方の場合) | |  | | | | | | |
| 希望日 | | ①　　　　　　　　　　　　②　　　　　　　　　　　　③ | | | | | | |
| 実習希望  部署・分野  （インターンシップご希望の方は記入） | |  | | | | | | |
| 動機 | | 病院のホームページ・就職説明会・その他（　　　　　） | | | | | | |
| （インターンシップをご希望の方）感染症情報 | 項目 | 結果 | | 検査日 | ワクチン接種日 | | | ※結果が陰性の場合、  実習の1ヶ月以上前にワクチン接種要が必要となります |
| 麻疹抗体 | 陽性・陰性 | | 年　月　日 | 年　月　日 | | |
| 風疹抗体 | 陽性・陰性 | | 年　月　日 | 年　月　日 | | |
| 水痘抗体 | 陽性・陰性 | | 年　月　日 | 年　月　日 | | |
| ムンプス抗体 | 陽性・陰性 | | 年　月　日 | 年　月　日 | | |
| 兵庫県修学資金受給の有無 | | | | 有　　　無 | | | | |

|  |
| --- |
| その他、ご不明点・ご要望がありましたらご記入下さい。 |

兵庫県立丹波医療センター　看護部