**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