

兵庫県立丹波医療センター 看護師インターンシップ申込用紙

基本情報	氏名 (ふりがな)		()		年齢	
	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)					
	希望する診療科					
	兵庫県修学資金受給の有無 有 ・ 無					
	参加機関 病院のホームページ・就職説明会・その他 ()					
	感染症情報	項目	抗体価 検査法	検査日	ワクチン接種日	
麻疹抗体			年 月 日	年 月 日	年 月 日	
風疹抗体			年 月 日	年 月 日	年 月 日	
水痘抗体			年 月 日	年 月 日	年 月 日	
ムンプス抗体			年 月 日	年 月 日	年 月 日	
コロナワクチン接種歴			①	年 月 日	・ 未接種	
			②	年 月 日	・ 未接種	
			③	年 月 日	・ 未接種	
			④	年 月 日	・ 未接種	

その他、ご質問・ご要望がありましたらご記入下さい。