

2023 年 10 月 14 日

病院見学・インターンシップ申込用紙

基 本 情 報			
希望 (○印)	病院見学 インターンシップ		
氏名 (フリガナ)	()	年齢	
連絡先 (住所)	TEL		
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)			

インターンシップへ参加希望の方は、以下の項目にも記載をお願いします。

(「医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版」に準じて確認します)

	項目	抗体価	左記、抗体価の検査日	ワクチン接種歴 (幼少期からを含む)					
		検査法		年	月	日			
感 染 症 情 報	麻疹		年 月 日	年	月	日			
				年	月	日			
	風疹		年 月 日	年	月	日			
				年	月	日			
	水痘		年 月 日	年	月	日			
				年	月	日			
	ムンプス		年 月 日	年	月	日			
				年	月	日			
	コロナワクチン接種状況			1回目	年	月	日	・	未接種
				2回目	年	月	日	・	未接種
3回目				年	月	日	・	未接種	
4回目				年	月	日	・	未接種	
5回目				年	月	日	・	未接種	

その他、ご不明点・ご要望がありましたらご記入下さい。