

2023年12月23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	年	月	日	
	風疹		年 月 日	年	月	日	
			年 月 日	年	月	日	
水痘		年 月 日	年	月	日		
		年 月 日	年	月	日		
ムンプス		年 月 日	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。