

インターンシップ申込み票

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりかな  お名前 |  | | 学校名 |  | 学年  性別 | 学年  男　　女 |
| インターンシップ希望日 | 第１希望 |  | | 第２希望 |  | |
| インターンシップ希望科 | 第１希望科 |  | | 第２希望科 |  | |
| ご本人の連絡先 | 携帯℡ |  | | 自宅℡ |  | |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| パンフレットの希望  〇をつけて下さい | | 有 | 無 | 連絡が付く時間帯 |  | |

この用紙に必要事項を記載して、看護部にメールを送信してください。

確認後、こちらからご連絡致します。

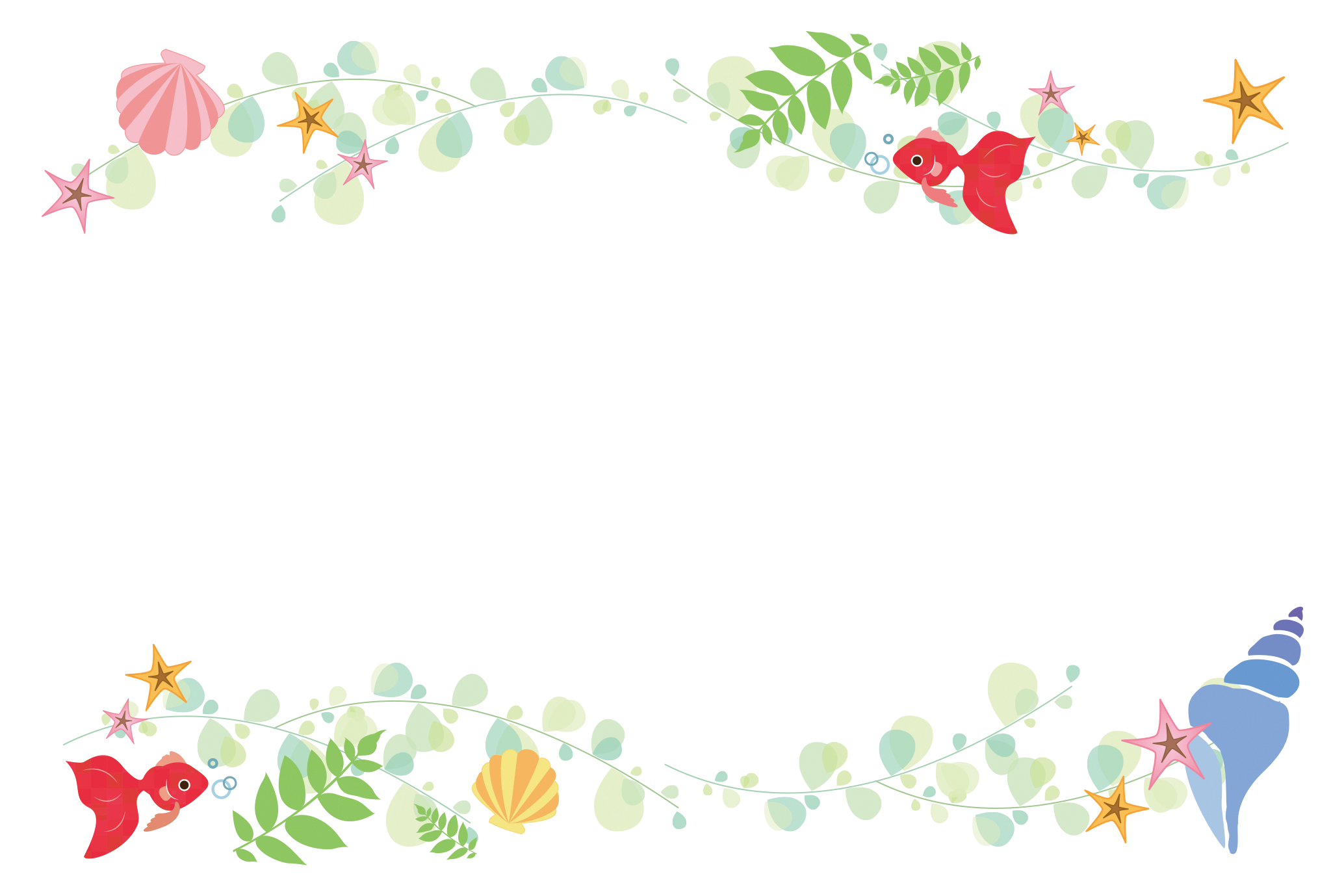
※実習で使用している体調管理表を使用し、1週間前から確認をお願いします。

1つでも該当がある場合は、前日又は当日の朝8時半までにご連絡ください。

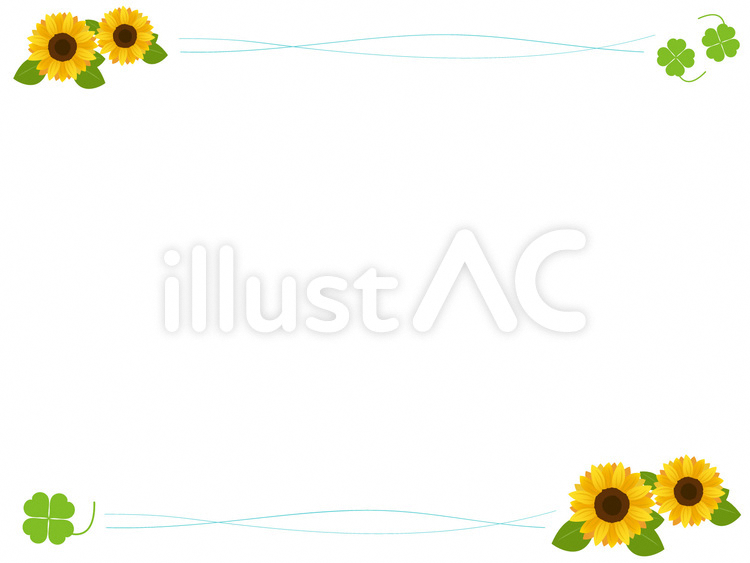
※感染症の拡大状況で研修病棟や研修時間等が変更になる場合がございます。

連絡先

春日部市立医療センター

メールアドレス：[kangobu@kasukabe-city-hosp.jp](mailto:kangobu@kasukabe-city-hosp.jp)

　FAX：048-736-7672

看護部：齋藤　まで