

茨城県立中央病院 看護局 行

FAX:0296-77-2886 E-mail : t-sumi@chubyoin.pref.ibaraki.jp

インターンシップ参加申込書

平成 年 月 日

お名前(ふりがな) _____

在籍校名 _____ () 学年 _____

ご連絡先

(日程等についてご相談させていただきますので、メールアドレス又は電話番号をお願いいたします。)

研修日 第1希望 月 日 (曜日) 第2希望 月 日 (曜日) _____

研修時間 ご希望の時間帯に○をつけて下さい

午前のみ(9:00~12:00) 午後のみ(14:00~17:00) 1日(9:00~17:00) _____

研修場所(外科系病棟、内科系病棟、ICU、救急センター、緩和ケア病棟など)

第1希望 _____

第2希望 _____

研修内容 ご希望の内容すべてに○をつけて下さい

病院の概要説明 _____

病院内見学 _____

病棟での看護体験 _____

その他、インターンシップで知りたい事、ご希望などがありましたらお書き下さい。

()

