

豊田厚生病院看護部門

看護学生インターンシップ申込用紙

参加をご希望の方は、下記の日程までに申込用紙をFAXいただくか、E-mailにてお申してください。
3月の体験日をご希望の方は2月1日(金) AM9時必着、8月をご希望の方は7月5日(金)AM9時必着

FAXNo. 0565-43-5100

申込日	年 月 日	受付 No. 病院記入欄	
体験日	ご希望の日時に○をつけてください。 ① 2019年3月4日(月)8:45~15:00 ⑥ 2019年8月5日(月)8:45~15:00 ② 2019年3月5日(火)8:45~15:00 ⑦ 2019年8月6日(火)8:45~15:00 ③ 2019年3月6日(水)8:45~15:00 ⑧ 2019年8月8日(木)8:45~15:00 ④ 2019年3月7日(木)8:45~15:00 ⑨ 2019年8月9日(金)8:45~15:00 ⑤ 2019年3月8日(金)8:45~15:00		
ふりがな		生年月日	年 月 日(満 歳)
氏名		性別	男 ・ 女
ふりがな	〒 -	電話番号 (自宅ほか)	() -
現住所		電話番号 (携帯電話)	() -
ふりがな		看護学生 ・ 助産学生	
学校名		年 月 卒業見込み	
自己紹介			
学びたいこと			

希望する体験部署に○印をつけてください。具体的に希望があれば記入してください。(例 循環器など)

体験部署	第1希望	第2希望	第3希望
内科系の病棟			
外科系の病棟			
産婦人科病棟			
小児科病棟			
I C U			
中央手術室			

問い合わせ先	〒470-0396 豊田市浄水町伊保原 500-1 豊田厚生病院 看護管理室 TEL:0565-43-5000(代表) FAX:0565-43-5100(代表) 受付時間:平日 8:30~17:00 URL: http://toyota.jaaikosei.or.jp/ E-mail:tk-kango@toyota.jaaikosei.or.jp
--------	---