

日本医科大学病院 看護師インターンシップ研修申込書

1. 研修希望日 平成 年 月 日 () ※祝祭日は除く
※病院により実施期間が異なりますのでご注意ください。
2. 研修希望病院を○で囲んで下さい。
 - 日本医科大学付属病院 (FAX : 03-5814-6318 E-Mail : kan-jim@nms.ac.jp)
 - 日本医科大学武蔵小杉病院 (FAX : 044-396-8517 E-Mail : kosugi-kango@nms.ac.jp)
 - 日本医科大学多摩永山病院 (FAX : 042-374-7615 E-Mail : n-nsvr9@nms.ac.jp)
 - 日本医科大学千葉北総病院 (FAX : 0476-99-1902 E-Mail : hokusou-kangobu@nms.ac.jp)
3. 氏名^{ふりがな} _____ 年齢 () 性別 ()
4. 学校名 _____ (学年 年生 ・ 既卒)
5. 連絡先
〒 _____
本人住所 _____ 電話 _____
Eメール _____ @ _____
*メールアドレスは、楷書でハッキリとお書き下さい。
〒 _____
家族住所 _____ 電話 _____
〒 _____
滞在先住所 _____ 電話 _____
*地方よりお越しになる方は滞在先の住所と電話番号を記入して下さい。
6. 希望する研修部署を○で囲んで下さい。
 - a. 内科系 b. 外科系 c. 小児科 d. 産科 e. 救命救急(*内科系・外科系の希望診療科 :)
7. 実際に看護の現場を体験するため健康に関するご質問をいたします。
 - (1) 現在治療中の疾患 : 無・有 ()
 - (2) 学校の健康診断での異常 : 無・有 ()
 - (3) ウイルス疾患抗体検査 : 無・有 (麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎)
ワクチン接種 : 無・有 (麻疹・水痘・風疹・流行性耳下腺炎・インフルエンザ)
8. その他
 - (1) 白衣およびナースシューズは実習で着用されているご自身のものをご用意下さい。
もし白衣が無い場合は、病院で準備しますのでサイズをご指定下さい。
→ (SS ・ S ・ M ・ L ・ LL)
 - (2) 武蔵小杉病院、多摩永山病院、千葉北総病院での研修希望者で宿泊の希望について
→ (希望する ・ 希望しない)
 - (3) 千葉北総病院で 7/21,28,8/4,18 に参加の場合、前日の就職説明会参加および宿泊について
(希望する ・ 希望しない)
 - (4) その他連絡事項
→ ()