

# インターンシップ (Enjoy Nursing!) 申込用紙

申込用紙に書かれた個人情報は、「インターンシップ (Enjoy Nursing!)」に関わるご案内や連絡、その他のお知らせなどに利用します。

申込日： 年 月 日

氏名	ふりがな	性別	年齢
現住所	〒		
連絡先	電話番号	携帯電話	
参加について	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 2回目以降 ( 回目 )		
学校名 (学部)			学年

## 体験期間・院所

※できましたら第3希望までご記入ください

	期間	月	日 ( ) ~	月	日 ( )	日間
第1希望	院所名					
第2希望	院所名					
第3希望	院所名					

体験理由をお書きください

体験名にレ点をお願いします(複数可)

- 病棟(内科・外科・回復期リハ・夜勤体験 ※1)  外来  手術室  産婦人科(病棟含む)  保健予防※2  
 在宅、往診※3  訪問看護  その他 ( )

特に体験したいことを具体的にお書きください

※1 夜勤体験を希望される方は、実質3日間の体験となります。

※2 健康増進センターや地域の保健予防活動などの体験(保健師をめざす方向け)。

※3 体験できない日時や院所もありますので、あらかじめご相談ください。

お申込・お問合せ先

 **医療生協さいたま**  
本部看護部 保健看護課

〒333-0831 埼玉県川口市木曾呂1317  
電話：048-294-6111(代)  
FAX：048-294-1490  
E-mail：kangakusei@mcp-saitama.or.jp