

インターンシップ (Enjoy Nursing!) 申込書

申込日： 年 月 日

氏名			性別	年齢
現住所	〒 -		最寄り駅 駅	
連絡先	携帯電話 - -		過去の参加について <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 回目	
	メールアドレス @			
学校名 (学部)			職種に○印をつけて下さい	学年
			看護師・保健師・助産師	年

① 体験希望日	第1希望	第2希望	第3希望	②就職説明会も同日に希望ですか? ○印をつけて下さい。 はい ・ いいえ
---------	------	------	------	--

③体験希望 事業所	施設名を書いて、右のあてはまる場所に○印をつけて下さい。 [] 病院・診療所・訪問看護ステーション ※特にご希望事業所がない場合は、埼玉協同病院での体験をご案内いたします。
--------------	---

④ 上の③で病院を選択した方は、下記の希望体験場所にレ点をして下さい。

内科系 外科系 回復リハビリテーション 手術室 外来
保健予防（保健師を目指す方） 産婦人科（助産師を目指す方）
訪問看護 その他 [] ←具体的をお願いします♪

注：ご希望に添えない場合があります。その時は追ってご相談させていただきますのでよろしくお願いいたします。

体験したい事と理由

*
*
*
その他 学びたいこと・聞きたいことなどありましたらを具体的に記入して下さい。

企画は何で知りましたか？：ホームページ・説明会・学校案内・資料請求・知人家族の紹介・
○印をつけて下さい その他（ ）

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、お知らせなどに利用させていただきます。

【お申込み・お問い合わせ先】

医療生協さいたま生活協同組合 保健看護部看護課

〒333-0831 埼玉県川口市木曾呂1317

電話：048-294-4706 FAX：048-294-1490

E-mail：kangakusei@mcp-saitama.or.jp

