

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 線 駅	
連絡先	携帯電話 -			
	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
			助産師 ・ 保健師 ・ 看護師	年

□体験希望日	第1希望	第2希望		
--------	------	------	--	--

③体験希望 事業所	施設名を書いて、右のあてはまるところに○印をつけて下さい。 [] 病院・診療所・訪問看護ステーション			
--------------	--	--	--	--

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
その他 []

注：ご希望に添えない場合があります。その時は追って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。

体験したいことや理由：

その他 学びたいこと・聞きたいことを具体的に記入して下さい。

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