長崎労災病院　病院見学・インターンシップ　申込み書

＊下記に必要事項を記入の上、mail あるいは FAX にてお申し込みください。

記入日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  氏名 | |  | | 年齢 | | 歳 |
|  | |
| 性別 | | □　男  □　女 |
| 学校名（施設名）  学年 | | □１年生　　□２年生　　□3年生　　□4年生　　□既卒 | | | | |
| 希望  ＊希望に☑してください | | □　病院見学（見学のみ）　　　□　インターンシップ（看護体験） | | | | |
| 見学希望日 | | 第一希望 | 第二希望 | | 第三希望 | |
| 見学希望診療科 | | □内科　　　　　□循環器内科　　□外科　　　□泌尿器科  □脳神経外科　　□整形外科　　　□救急外来　□ICU  □その他（　　　　　　） | | | | |
| 見学希望内容  ＊詳しく知りたいことに☑してください | | □病院概要説明  □病院内見学（院内巡回）  □病棟見学  □教育システム  □宿舎見学  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 来院手段 | | □公共交通機関　　　□自家用車　　　□その他（　　　　　　） | | | | |
| 連絡先 | 住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号  （携帯） |  | | | | |
| E-mail | ＠ | | | | |

独立行政法人労働者健康安全機構　　長崎労災病院

〒857-0134　佐世保市瀬戸越2丁目12-5

TEL：0956-49-2191　　　FAX：0956-49-2358

E-mail：shomu@nagasakih.johas.go.jp