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