

令和4年 荏原病院看護師インターンシップ 申込書（様式A）

* 荏原病院インターンシップに参加ご希望の方は、本申込書を記載して下記まで郵送して下さい。

フリガナ 氏名		男 女	写真添付欄 (4cm×3cm) 最近3ヶ月以内 撮影のもの 上半身、脱帽
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 インターンシップ参加時の年齢 歳		
住所	〒 ー		最寄り駅 線 駅
電話番号	自宅：	携帯：	
メールアドレス			
所属している 看護師養成機関	名称		
	養成課程年数	年間	年生
	学校への連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ※（公財）東京都保健医療公社では、将来的にあなたの学校との連携を深めていきたいと考えています。 あなたが今回のインターンシップに参加することを学校に連絡しても良いか質問です。		
希望日程	* 日程に☑をしてください（複数可） 1日間コース 8月10日から8月19日までの平日のみ <input type="checkbox"/> 8月10日（水） <input type="checkbox"/> 8月11日（木） <input type="checkbox"/> 8月12日（金） <input type="checkbox"/> 8月15日（月） <input type="checkbox"/> 8月16日（火） <input type="checkbox"/> 8月17日（水） <input type="checkbox"/> 8月18日（木） <input type="checkbox"/> 8月19日（金）		
○あなたの健康について質問します。 (1) 1年以内に健康診断を受けたことがありますか。(学校の健診など) <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 () (2) 現在治療中の疾患がありますか。ある場合は差し支えない範囲で状況を記入してください。 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 () (3) その他健康上不安に思っていることがあれば記入してください。 ()			
○新型コロナワクチンの接種状況についてお伺いします。 (1) ワクチンの接種をしましたか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			

(2) ワクチンの接種時期を記入してください

接種回	時期(日付記載の上、接種済みまたは予定のいずれかに○)		
1回目	月 日	接種済	・ 予定
2回目	月 日	接種済	・ 予定
3回目	月 日	接種済	・ 予定

*接種の有無でインターシップの受け入れ可否を決定するものではありません

○インターンシップの志望動機

○その他、意見や実習中に希望される診療科、要望等あれば自由に記入して下さい。

提出されました書類の個人情報については、インターンシップ実施に必要な業務に限って使用し、終了後は廃棄処理いたします。

連絡先・提出先

145-0065 東京都大田区東雪谷 4-5-10

地方独立行政法人東京都立病院機構

東京都立荏原病院

看護部 太田 真弓

TEL : 03-5734-8000 (代)