

インターンシップ申込用紙 (埼玉医科大学病院)

ふりがな

1. 氏名 _____ 年齢 _____ 才 _____ 性別 男・女

2. 連絡先：住所 〒 _____ - _____

電話 _____ FAX _____

携帯 _____ E-mail _____

3. 学校名及び学年（既卒の方は最終学校名および免許取得年を記入）

学校名 _____ 年生 _____ 年卒業予定（ _____ 年取得）

4. 希望体験場所（下記より診療科を選択）

埼玉医科大学病院

内科（呼吸器、血液造血、糖尿病・内分泌、消化器、脳神経、膠原病、腎臓）

外科（消化器、整形、形成・皮膚、眼、耳鼻・泌尿器）

母性、小児、NICU、リハビリ、手術室、神経精神科、

第一希望 _____

第二希望 _____

5. 日程希望日

_____ 月 _____ 日 () ~ _____ 月 _____ 日 ()

月一土曜日のうち1日～3日間（日曜・祝日除く）

6. 下記疾患について分かる範囲で結構ですので記入して下さい。

① 麻疹	罹患 _____ 才頃	ワクチン接種	有・無
② 風疹	罹患 _____ 才頃	ワクチン接種	有・無
③ 水痘	罹患 _____ 才頃	ワクチン接種	有・無
④ 流行性耳下腺炎	罹患 _____ 才頃		
⑤ 結核	BCG 接種	有・無	

7. 宿泊の希望について

・宿泊施設の利用を 希望する・希望しない

・希望する場合の宿泊の期間 _____ / _____ から _____ / _____ までの _____ 泊 _____ 日

8. 来院方法 該当の来院方法に○を付けて下さい。

公共交通機関・自家用車

※駐車場に限りがありますので、なるべく公共交通機関をご利用下さい。

※この用紙を看護部へFAX、郵送またはe-mailに添付してお送りください

看護部 FAX 049-276-2118

mkango@saitama-med.ac.jp