奈良県総合医療センター看護部インターンシップ申込書

インターンシップにご参加ご希望の方は、以下の必要事項を記載の上、下記までお申し込みくださいますようお願い申し上げます。

１．参加希望コースを下記より、１つ選択し○をつけてください。

（申し込み人数により、ご希望に添えない場合があります。

ご応募が多い場合は他のコースへの調整をお願いすることがあります）

参加希望日：令和　　　　年　　　　月　　　　　日（　　　）

１．一般病棟コース　　　　２．救急・集中治療センターコース

３．手術看護コース　　　　４．周産期母子医療センターコース

２．インターンシップ終了後個別相談：　希望する　・　希望しない

（＊就職に関するご相談が可能です）

：　　　　　　　　　　　　　　　年齢：　　　　　　性別：　男　・　女

学校名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学年：

連絡先住所：〒　　　-

電話番号：

E-Mail　：

白衣サイズ（S～３L）：（　　　　）身長：　　　　　cm

＊日中、連絡が取れる連絡先をお書きください。（希望時間があればお書きください）

＊当センターアドレスからのメール受信が可能な状態に設定しておいてください。



お申込み　：　奈良県総合医療センター　看護部　締め切り**参加日の5日前まで**

**E-Mail　：　sogo-jinji@nara-pho.jp**

**件名　：　インターンシップ申し込み　（看護部）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAXまたはE-Mailにて希望日の7日前までにお申し込みください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　奈良県立奈良病院　看護部　インターンシップ係

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：0742-46-6011

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-Mail：kennans@m3.kcn.ne.jp