

看護学生のためのインターンシップ研修会FAX申込書

FAX 0138-43-4434

市立函館病院看護局看護科

氏名	性別 男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日
看護学校名			卒業見込年月日	平成	年	月 日

連絡先（自宅）

〒	
住所	
電話	携帯電話
- -	- -

体験希望日(1日ないしは連続2日間) 8月22日 8月23日 8月24日 8月25日 8月26日

体験希望部署 希望する部署に○印をつけてください。

部署		第1希望	第2希望	第3希望
外科系	心臓血管外科			
	脳神経外科			
	整形外科			
	手術棟			
内科系	循環器内科			
	呼吸器内科			
	消化器内科			
	神経内科			
救命救急	ICU			
	ECU			
	救急外来			

白衣を用意できない方は以下の項目を記載してください。

身長	cm	ウエストサイズ	cm
白衣サイズ	S ・ M ・ L ・ LL （○をお願いします）		