

平成27年度 松江医療センター 看護学生インターンシップ 参加申込書

■ 学校名

■ 連絡先住所

■ 電話番号

■ 参加希望者



| | 氏名 | ふりがな | 性別 | 学年 | 希望病棟(※) | |
|----|----|------|----|----|---------|------|
| | | | | | 第一希望 | 第二希望 |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |

※ 希望病棟がある場合は下記より選び、番号をご記入ください

(①1階病棟 ②2階病棟 ③3階病棟 ④4階東病棟 ⑤4階西病棟 ⑥5階病棟)

体験病棟が決まりましたら、3月11日(金)までにお返事をFAXで送らせていただきます。

3階病棟で体験される方は、病棟内専用の上履きが必要となりますので、各自病棟内専用の上履きをご持参ください。

当日は、玄関前に 8時50分 までにお越しください。係の者をご案内いたします。

参加希望の方は、参加申込書によりFAXにて **3月3日(木)** までに申し込んでください。

尚、体験希望の病棟は、人数調整によりご希望に添えない場合がありますので、予めご了承ください。

■ お問い合わせ先

〒690-8556 島根県松江市上乃木5丁目8番31号 国立病院機構 松江医療センター
教育研修担当看護師長 山本 純子 (0852)21-6131 <代表>

松江医療センターFAX (0852) 27-1019