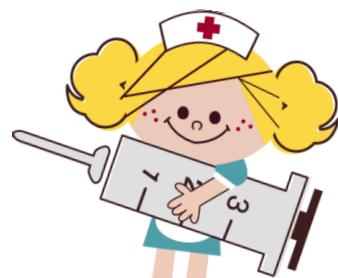


平成28年度 松江医療センター 看護学生インターンシップ 参加申込書

■ 学校名

■ 連絡先住所

■ 電話番号 / FAX番号



■ 参加希望者

	氏名	ふりがな	性別	参加希望日にチェックマークを入れてください(※1)	希望病棟(※2)
1				<input type="checkbox"/> 7/2(土) <input type="checkbox"/> 7/3(日)	
2				<input type="checkbox"/> 7/2(土) <input type="checkbox"/> 7/3(日)	
3				<input type="checkbox"/> 7/2(土) <input type="checkbox"/> 7/3(日)	
4				<input type="checkbox"/> 7/2(土) <input type="checkbox"/> 7/3(日)	
5				<input type="checkbox"/> 7/2(土) <input type="checkbox"/> 7/3(日)	
6				<input type="checkbox"/> 7/2(土) <input type="checkbox"/> 7/3(日)	
7				<input type="checkbox"/> 7/2(土) <input type="checkbox"/> 7/3(日)	
8				<input type="checkbox"/> 7/2(土) <input type="checkbox"/> 7/3(日)	
9				<input type="checkbox"/> 7/2(土) <input type="checkbox"/> 7/3(日)	
10				<input type="checkbox"/> 7/2(土) <input type="checkbox"/> 7/3(日)	

※1 … 両日参加ご希望の場合は、両方にチェックマークを入れてください

※2 … 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)

当日は、玄関前に **9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 **6月20日(月)** までに申し込んでください。

3階病棟の体験をされる方は、病棟内専用の上履きが必要となります。

該当の方には、6月末頃にご記入いただいた連絡先までご連絡いたします。

■ 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 古門 千代美 (0852)21-6131 <代表>

松江医療センターFAX (0852)27-1019