

# 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

---

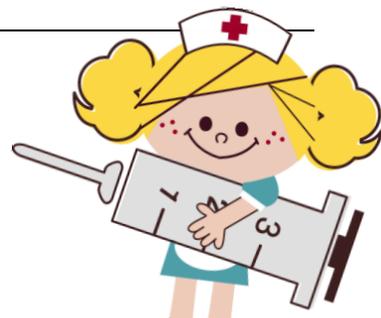
■ 連絡先住所

---

■ 電話番号 / FAX番号

---

■ 参加希望者



	氏名	ふりがな	性別	希望病棟 (※1)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

※1 … 希望病棟がある場合のみ下記より選び、番号をご記入ください

- ①1階病棟…神経難病・筋ジストロフィー
- ②2階病棟…筋ジストロフィー・重症心身障害児
- ③3階病棟…重症心身障害者
- ④4階東病棟…神経難病
- ⑤4階西病棟…呼吸器内科
- ⑥5階病棟…呼吸器内科・呼吸器外科

当日は、9時30分より受付を開始いたします。係の者をご案内いたしますので病院玄関においでください。

参加希望の方は、参加申込書によりFAXにて **3月10日(金)** 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、ご記入いただいた連絡先まで3月中旬頃、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