**2019年度　インターンシップ　参加申込書**

**愛媛大学医学部附属病院　看護部**

開催日：2019年4月29日～5月3日  **申し込み締め切り：2019年4月18日（木）17:00**

2019年8月26日～8月30日　　　　　　　　　　　**2019年8月17日（土）17:00**

　2020年3月23日～3月27日　**2020年3月13日（金）17:00**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | ○を付けてください |
| 氏　名 | |  | | | 性別（ 男　女 ） |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | 年齢 | 歳 | |
| ふりがな | |  | | | |
| 連絡先  住所 | | 〒  第1連絡先：携帯電話　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  第2連絡先：自宅・その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 出身地 | （　）県内　（市町名　　　　　　　　　　　　）  （　）県外　（都道府県名　　　　　　　　　　） | | | | |
| 学　　校　　名　　　　　　　　　　　学　　科　　名 | | | | | 学　年 |
|  | | | | | （　　　）年生 |
| ○を付けてください  （　）2020年3月卒業　（　）2021年以降に卒業　（　）既卒→（　　　　）年卒業 | | | | | |
| **◆インターンシップに参加の方へ** | | | | | |
| **1.希望するコースと参加日**  ※ 希望するコースと参加希望日について、ご記入ください  ※ 1日1コースで、複数日でのコース体験もできます   |  |  | | --- | --- | | 看護体験コース（ 9:30～16:00 ） | 複数日のコース希望　（　有　・　無　） | | \***下記の２コースの希望について右欄に**  **ご記入ください。**   1. 看護を深堀りコース 2. 他にも知りたいコース | 参加希望日　／　希望コース | | 月　　　日　　希望コース番号（　　　）  　　月　　　日　　希望コース番号（　　　）  　　月　　　日　　希望コース番号（　　　）  月　　　日　　希望コース番号（　　　） |   **2.看護体験の希望セクション（診療科） ※ 診療科に優先順を付け1・2・3と記入下さい**  (　　)精神科　　　(　　)産婦人科　　(　　)小児科　　(　　)小児外科　　(　　)NICU/GCU  (　　)血液内科　　(　　)消化器内科・老年科　　　　　(　　)循環器・腎高血圧・呼吸器内科  (　　)耳鼻咽喉科・放射線科　　(　　)皮膚科・眼科 　(　　)泌尿器科・歯科口腔外科  (　　)脳神経外科・SCU・麻酔科　 　(　　)心臓血管呼吸器外科 　　 (　　)消化器腫瘍外科  (　　)肝･胆･膵･移植外科　　(　　)整形外科 　(　　)ICU・救急部　　(　　)手術部：平日のみ  **4.感染症抗体の有無を○×で記入してください**  （　　）風疹　　 （　　）水痘　　（　　）麻疹　　 （　　）流行性耳下腺炎 | | | | | |
| **◆インターンシップに関する質問などをお書きください**  **多数のご参加をお待ちしています** | | | | | |