

# 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  
2019年8月26日～8月30日  
2020年3月23日～3月27日

申し込み締め切り：2019年4月18日（木）17:00  
2019年8月17日（土）17:00  
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. 看護を深掘りコース 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（ ）

### 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