

平成 30 年 荏原病院看護師インターンシップ 申込書 (様式 A)

* 荏原病院インターンシップに参加ご希望の方は、本申込書を記載して下記まで F A X または郵送して下さい。

フリガナ 氏名		男 女	写真添付欄 (4cm×3cm) 最近3ヶ月以内 撮影のもの 上半身、脱帽
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 インターンシップ参加時の年齢 歳		
住所	〒 -		最寄り駅 線 駅
電話番号	自宅:	携帯:	
メールアドレス	*連絡は可能な限りメールで行いますのでドメイン拒否を解除またはPC受信設定お願いいたします		
看護師 養成機関	名称		
	養成課程年数	年間	年生
	※(公財)東京都保健医療公社では、将来的にあなたの学校との連携を深めていきたいと考えています。 あなたが今回のインターンシップに参加することを学校に連絡しても良いかの質問です。 学校への連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
参加希望コース	1 <input type="checkbox"/> 日勤 <input type="checkbox"/> 1日間 <input type="checkbox"/> 2日間 2 <input type="checkbox"/> 日勤1日+夜勤1日 (夜勤:15:00~21:00)		
参加希望日	(土・日・祝を避けた希望の日付を記入して下さい。) 第1希望:平成30年 月 日() ~ 月 日() まで 第2希望:平成30年 月 日() ~ 月 日() まで		
宿泊希望の有無	<input type="checkbox"/> 希望する (指定ホテル) → 宿泊日 (/ . /) <input type="checkbox"/> 自宅から通う <input type="checkbox"/> その他 (滞在先:)		
○インターンシップの志望動機			
○その他意見・実習中の要望等あれば自由に記入して下さい。			

提出されました書類の個人情報については、インターンシップ実施に必要な業務に限って使用し、終了後は廃棄処理いたします。

連絡先・提出先: 公財) 東京都保健医療公社 荏原病院 看護部 人材育成担当副看護部長 川村 朋子
TEL 03-5734-8000 (内線3001) FAX 03-5734-8023
Eメール saiyoebara_kango@tokyo-hmt.jp