



○あなたの健康について質問します。

(1) 1年以内に健康診断を受けたことがありますか。(学校の健診など)

無 ・ 有( )

(2) 現在治療中の疾患がありますか。ある場合は差し支えない範囲で状況を記入してください。

無 ・ 有( )

(3) その他健康上不安に思っていることがあれば記入してください。

( )

○新型コロナワクチンの接種状況についてお伺いします。

(1) ワクチンの接種をしましたか。

無 有( )

(2) ワクチンの接種時期を記入してください

接種回	時期(日付記載の上、接種済みまたは予定のいずれかに○)			
1回目	月	日	接種済	・ 予定
2回目	月	日	接種済	・ 予定
3回目	月	日	接種済	・ 予定

\*接種の有無でインターシップの受け入れ可否を決定するものではありません

○インターンシップの志望動機

○その他、意見や実習中に希望される診療科、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

145-0065 東京都大田区東雪谷 4-5-10

公益財団法人 東京都保健医療公社荏原病院

看護部 海老沼 美代子

TEL : 03-5734-8000 (代)