

函館脳神経外科病院看護部インターンシップ申込書

氏 名	
ふりがな	
生年月日	年 月 日
年 齢	歳
メールアドレス	
電話番号	
学校名	
住 所	
卒業見込み	年 月
体験希望日	<input type="checkbox"/> 3/23 <input type="checkbox"/> 3/24 <input type="checkbox"/> 3/25 <input type="checkbox"/> 3/26 <input type="checkbox"/> 3/27
体験希望部署	第1希望 <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ 第2希望 <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④
その他 質問・要望等	

※体験部署は下記4部署より2ヶ所選択してください

- ①SCU（ストロークケアユニット）
- ②急性期病棟
- ③地域包括ケア病棟
- ④手術室

※注意事項

- ①申込みは先着順となりますので定員となり次第締め切らせて頂きます。
- ②体験日が決定しましたらメールにてご連絡いたします。
- ③ご記入頂きました個人情報については、他の目的では使用せず、終了後は破棄致します。

※お問い合わせ先

〒041-0832 函館市神山1丁目4番12号
 医療法人社団函館脳神経外科病院
 副看護部長 岩本 厚子 管理課長 中村 猛
 Mail: jimukyoku@mail.hnh.or.jp
 TEL:0138-53-6111(代表) FAX:0138-55-3327