2019年　看護学生インターンシップ申込書　　　公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男  ・  女 | 生年月日 | 年　　月　　日  （　　　　　歳） |
| 氏名 |  |
| 学校名 | 卒業予定　　　　　年3月　　現在（　　）年生 | | | |
| 連絡先 | 現住所　〒　　　－  ℡　（　　）　　　－　　　　　携帯℡　　　－　　　－ | | | |
| 帰省先住所　〒　　　－  ℡　（　　）　　　－ | | | |
| 案内等の送付先 | 送付先を選択して○をつけて下さい  現住所　・　帰省先 | | | |
| 見学希望 | やりたいこと・見たいこと等 | | | |
| 健康状態 | 抗体価の有無（※当日、抗体価検査結果のコピーを提示）  　流行性耳下腺炎（有・無）  　麻疹（有・無）  　風疹（有・無）  　水痘（有・無）  ※抗体価陰性の場合、当日、予防接種証明を提示して下さい | | | |
| 質問事項 |  | | | |

【申し込み方法】

　 ①郵送　〒969-3492　会津若松市河東町谷沢字前田21番地２

　　　　　　公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院　看護部管理室

　　 ②FAX 0242-75-2150 （FAX専用）

　　 ③申込用紙に入力し下記アドレスにデータを添付してメール送信

【問合せ先】

公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院看護部管理室

電　話　0242-75-2100（8:30～17:00） 看護部管理室

e-mail　[a-kangob@fmu.ac.jp](mailto:a-kangob@fmu.ac.jp)