

インターンシップ申込書

1. 氏名: _____ (ふりがな: _____) 性別: 男・女

2. 学校名: _____ (学年 _____ 年)

3. 連絡先: TEL (_____) E-mail (_____)

※メールアドレスは「^{いち}1と^い」^{エル}「0と^{ゼロ}o」^{オー}「^{ハイフン}-と^{アンダー}_」等が分かるように記載をお願いします

4. 希望職種に○印をつけてください。

看護師・助産師・薬剤師・臨床検査技師・診療放射線技師・理学療法士・作業療法士
言語聴覚士・管理栄養士・医療ソーシャルワーカー・事務総合職

5. 希望日程:(_____ 月 _____ 日)

6. **※看護職のみ** 看護体験を行う部署を第一・第二希望 1 部署ずつ選び、○印をつけてください。
希望者が多い場合はご希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。

部署名	専門領域	第一希望	第二希望
3A病棟	産婦人科、整形外科		
3B病棟	産科		
4A病棟	整形外科		
5A病棟	脳神経外科		
5B病棟	一般外科、乳腺外科、消化器内科		
6A病棟	循環器内科、糖尿病内科、神経内科、泌尿器科		
6B病棟	心臓血管外科、胸部外科、腎臓内科、泌尿器科、眼科		
南2病棟	回復期リハビリテーション		
南3病棟	地域包括ケア		

7. **※看護職及び医療ソーシャルワーカー** 希望するユニフォームのサイズに、○印をつけてください。

上: SS・S・M・L・LL / 下: S・M・L・LL (サイズ男女共通)

8. その他、質問や体験・見学希望などあれば自由にご記入ください。

(_____)

申し込み先 〒990-8545 山形市沖町 79-1

社会福祉法人 ^{恩賜} ~~財団~~ 済生会山形済生病院 人事課 今野

TEL: 023-682-1111 / FAX: 023-682-0123 / E-mail: jinji@ameria.org