

# 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「<sup>いち</sup>1と<sup>い</sup>」<sup>エ</sup>「<sup>ろ</sup>0と<sup>お</sup>」<sup>ハイフン</sup>「<sup>アンダー</sup> - と <sup>アンダー</sup> \_ 」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。  
助産師・看護師・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・臨床工学技士・医療ソーシャルワーカー・公認心理師・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
3B 病棟	産科		
4A 病棟	整形外科		
4B 病棟	産婦人科、整形外科		
5A 病棟	脳神経外科、腎臓内科、神経内科		
5B 病棟	一般外科、乳腺外科、心臓血管外科、泌尿器科		
6A 病棟	循環器内科、糖尿病内科、消化器内科		
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  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