

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「1と1」「0と0」「- と _」等が分かるように記載をお願いします
4. 現住所(都道府県名)のみ: _____ (都 ・ 道 ・ 府 ・ 県)
※インターンシップの希望日程前 2 週間以内に現住所以外の都道府県に滞在した場合は、都道府県名を以下に記載してください。
 (_____ 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県)
5. 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
6. 希望日程:(_____ 月 _____ 日)
7. **※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		
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