

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l」「0とo」「-と_」等が分かるように記載をお願いします

4. 希望する職種に○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 ・ PT ・ OT ・ ST
管理栄養士 ・ 臨床工学技士 ・ 医療ソーシャルワーカー ・ 事務総合職

5. 希望する日に○印をつけてください。 ※管理栄養士は8/9、8/23のみ受入可

8/7(火) ・ 8/9(木) ・ 8/23(木) ・ 8/29(水) ・ 8/31(金) ・ 9/3(月) ・ 9/10(月)

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
3 A 病棟	産婦人科、整形外科		
3 B 病棟	産科		
4 A 病棟	整形外科		
5 A 病棟	脳神経外科、神経内科		
5 B 病棟	一般外科、乳腺外科、消化器内科		
6 A 病棟	循環器内科、糖尿病内科、泌尿器科		
6 B 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		

3B病棟は8/7、8/9、8/23のみの受入となりますので、ご注意ください。

7. ※看護職のみ 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 山形済生会 山形済生病院 人事課 今野

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