社会医療法人　恵佑会札幌病院　　　　　　　　　　　　　　　FAX　011－863－2127

看護部　宛

社会医療法人　恵佑会　インターンシップ　参加申込用紙

（2018年卒業予定者対象）

|  |  |
| --- | --- |
| ①希望日  （1つ選んで〇をつけてください） | ①　　3月　 9日（木）  ②　　3月　22日（水） |
| ②インターンシップ  希望病院  （1つ選んで〇をつけてください） | １．　札幌病院　　※外科系・内科系  ２．　第2病院　　※内科系のみ  ３．　どちらでもよい |
| ③希望病棟  （1つ選んで〇をつけてください） | １．内科系　　　２．外科系　　　３．どこでもよい |
| ふりがな |  |
| ④氏　名・  ⑤性　別 | （　男　・　女　） |
| ⑥学校名・学年 | 学校名：  学　年： 　　年生 |
| ⑦携帯電話番号 |  |
| ⑧メールアドレス※ |  |
| ⑨白衣のサイズ | Ｓ　　　Ｍ　　　Ｌ　　 ＬＬ |
| ⑩ナースシューズのサイズ | cm |

※お申込みから1週間以内に、記載していただいたアドレスに申込受付メールをお送りします。

携帯電話・スマートフォンのメールの場合、設定（PCメールの拒否、指定以外のアドレス・ドメイン拒否等）によりメールがお送りできないことがありますので、お手数ですが、当院ドメイン　@keiyukaisapporo.or.jpが受信できますよう、お申込み前に設定のご確認をお願いいたします。