

インターンシップ提出用紙

※該当者は☑

☐①第1希望部署が「ICU」「手術室」「小児科」「産科」の場合 →a) b)を記入

☐②結核患者との接触歴ありの場合 →a) c)を記入

a) 書類提出者全員記入

ふりがな					
氏名					
性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
学校名	(学校名)		(学部・学科・専攻)		
学年	学年	卒業年	年卒業見込み	※助産師資格取得予定の方は必ずチェックしてください。 ☐ 助産師資格取得見込み	
現住所	〒				
連絡先	電話番号 (- -) / 携帯電話 (- -)				
参加病院・日程	春の特別 インターン シップ	☐ 本院 平成30年2月20日(火)		☐ 第三 平成30年2月24日(土)	
		☐ 本院 平成30年3月6日(火)		☐ 第三 平成30年3月17日(土)	
		☐ 本院 平成30年3月17日(土)		☐ 柏 平成30年2月27日(火)	
		☐ 葛飾 平成30年2月27日(火)		☐ 柏 平成30年3月17日(土)	
		☐ 葛飾 平成30年3月17日(土)			
	じっくり インターン シップ	参加病院		参加日	
		☐ 本院 ☐ 葛飾医療センター ☐ 第三病院 ☐ 柏病院		平成 年 月 日 ()	
希望部署	第1希望: ☐ 内科系 ☐ 外科系 ☐ ICU ☐ 手術室 (土曜日は不可) ☐ 小児科 ☐ 産科				
	第2希望: ☐ 内科系 ☐ 外科系				

b) 希望部署が「ICU」「手術室」「小児科」「産科」の方のみ記入

下記の表の太枠内の①測定値②測定法③抗体検査結果④ワクチン接種(該当者のみ)全てを正確にご記入ください。

※③抗体検査結果が「陰性」の方については、④ワクチン接種の有無、接種有の方はワクチン接種日を記入してください。

	看護師養成校在籍時(概ね3年以内)の結果を記入				
	①測定値	②測定法	③抗体検査結果	④ワクチン接種有無	(有)の方 ワクチン接種日
麻疹		法	陽性・陰性	有・無	平成 年 月 日
風疹		法	陽性・陰性	有・無	平成 年 月 日
水痘		法	陽性・陰性	有・無	平成 年 月 日
流行性耳下腺炎		法	陽性・陰性	有・無	平成 年 月 日

c) 結核患者との接触歴有の方→裏面に「健康診断書のコピー(患者接触後の“胸部X線撮影項目”のあるもの)」をのりづけ

接触時期: 平成 年 月頃 接触ルート: 実習・その他()

提出期限: 参加日の10日前までにナース就職支援室まで郵送(必着)

こちらにのりづけしてください

健康診断書のコピー（患者接触後の”胸部X線撮影項目”のあるもの）