

# 春休みエクスターンシップ申込用紙

【研修対象者】看護学生

【申込〆切】平成30年3月9日(金) 16時

送付先：伊東市民病院 〒414-0055 静岡県伊東市岡196番地1  
TEL：0557-37-2626 FAX：0557-35-0631

発信元：

申し込み年月日 平成 年 月 日			
参加日	平成30年 3月 24日(土) 8:30~17:00		
ふりがな		男・女	来院手段 電車・バス・ 自動車(他者の送迎・マイカー)
氏名		( 歳)	
学校名		学年	年
学校住所	〒		
学校最寄駅	線 駅・バス停		
連絡先住所	〒		
連絡先電話番号	Tel - - 申込を受付けましたらお電話でお知らせいたしますので、繋がりやすい電話番号をお書きください。 また、希望がありましたら曜日や時間帯も併せてご記入ください。		
帰省先住所	〒		
最寄駅	線 駅・バス停		

■「病棟見学」時の希望診療科をお尋ねします。

( 内科 ・ 外科 ・ 整形外科 ・ 産婦人科 ・ 集中治療室 ・ 手術室 )

■「前日 寮の宿泊」を希望しますか？ ( 希望する ・ 希望しない )

■ この研修を何でお知りになりましたか？

1. 学校の掲示 2. 病院説明会 3. 当院のHP 4. 友人、知人の紹介  
5. その他 ( )

■ 参加を決めたきっかけを教えてください。

1. プログラム内容への興味 2. 教育体制への興味 3. 地域医療への取り組み  
4. 設備、勤務条件、処遇等 5. その他 ( )

■ その他、希望・質問事項などありましたら、ご記入ください。

※ 3月10日(土)までにこちらから連絡がない場合にはお電話でお知らせください。