

夏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8月6日(月) 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8月20日(月) 9:00~17:00		
ふりがな		男・女	来院手段
氏名		(歳)	電車・バス・ 自動車(他者の送迎・マイカー)
学校名		学年	年
現住所	〒		
帰省先住所	〒		
最寄駅	参加当日に出発する現住所または帰省先住所どちらかの最寄駅をお書きください。 線 駅・バス停		
連絡先 電話番号	Tel - - 申込を受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。		

■「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)

■「寮見学」を希望しますか？ (希望する ・ 希望しない)

■「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。

※ 8月10日(金)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。