

インターンシップお申込み用紙

必要事項をご記入の上、下記のFAXまたはメールにてお申し込みください。

*メールの場合は、メール本文に用紙①～⑨の番号とそれぞれの項目へご回答いただき、下記アドレス宛にお送りください。

①～⑨の欄をすべてご記入ください。

①インターンシップ 希望日	月 日 ()	平日のみ実施しております
ふりがな ②氏名		男 ・ 女
③住所	〒	
④電話番号	携帯	／ご自宅
⑤メールアドレス		
⑥学校名	学 年:	
⑦体験希望診療科	<input type="checkbox"/> 糖尿病内分泌・血液内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器・アレルギー内科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 乳腺科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 小児科・小児外科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 手術室 周産期センター(<input type="checkbox"/> MFICU <input type="checkbox"/> GCU <input type="checkbox"/> NICU) <input type="checkbox"/> 心臓血管外科・呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 救急医療科(ERICU) <input type="checkbox"/> 集中治療科(ICU) ※1日につき1つの診療科のご案内となります。複数希望の方は別途ご相談ください。	
⑧その診療科を 希望する理由		
⑨インターンシップ で学びたいこと		

◆ FAXでの申込み先: 獨協医科大学埼玉医療センター 看護部 048-965-0783

◆ メールでの申込み: 獨協医科大学埼玉医療センター 職員課 koshoku@dokkyomed.ac.jp

※件名に、「看護部インターンシップの件」とご入力ください。

※PCからのメールを受診できるよう設定してください。

◆ 電話問合せ先: 獨協医科大学埼玉医療センター 看護部 048-965-9104 (平日8:30-16:30)

※お電話時は、「看護部インターンシップの件で」とお伝えいただくとスムーズです。

◆ インターンシップ日程の決定通知に関しては後日、ご連絡いたします。

※インターンシップ前日になっても連絡が届かない場合はお手数ですが上記番号へご連絡ください。