

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①～⑧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。

①～⑧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		
③住所	〒	
④繋がりやすい電話番号		
⑤学校名		
⑥体験希望診療科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・血液・内分泌内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <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 <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"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科・呼吸器外科(HCU) <input type="checkbox"/> 救急医療科(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。	
⑦その診療科を希望する理由		
⑧インターンシップで学びたいこと		

◆ FAXでの申込み先: 獨協医科大学越谷病院 看護部 048-965-0783

◆ メールでの申込み: 獨協医科大学越谷病院 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。

◆ 電話問合せ先: 獨協医科大学越谷病院 看護部 048-965-9104
* 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。