**長野県立こども病院　インターンシップ申込書**

1.　実施日　　　　２０　　　年　　　月　　　日　～　２０　　年　　　月　　　日

2.　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女　年齢　　　　 歳

3.　所属・学校名他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学年

　卒業見込み ：２０　　年　　月

4.　連絡先

　　住　所：（〒　　　　　　　　　）

電話番号：

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：

※メールアドレスが判別できずに連絡の取れない方がいます。ご記入の際には、大きな字ではっきりと

　区別ができるようにしてください。

※メール選択受信や迷惑メールブロック等の設定をしている場合は、"pref-nagano-hosp.jp" ドメインからのメールを

受信出来るようにしておいてください

5.　体験を希望する看護単位

a.　新生児病棟　　b.　手術室　　　c.　第１病棟(内科系)　　　d.　第2病棟（在宅支援）

e.　第３病棟(産科)　　f.　第４病棟(循環器･整形･脳外)

g.　第５病棟(神経科･小児外科･形成外科)　　　　　　h.　PICU

　　第１希望　　　　　　　　　　　　　　　　　第２希望

6.　感染症に関する質問にお答え下さい

　1)　結核の既往はありますか：　無　・　有（時期等　　　　　　　　　　　　）

　2）以下の疾患について罹患済みであれば解答欄に○、罹患されてない方は予防接種の有無、抗体価を

記載して下さい。罹患および予防接種の有無が分からない場合は抗体価を調べて記載して下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 疾患名 | 罹患済 | 予防接種 | 抗体価 |
| 麻疹 |  | 未・済（　1回・２回　）・不明 |  |
| 風疹 |  | 未・済（　1回・２回　）・不明 |  |
| 水痘 |  | 未・済（　1回・２回　）・不明 |  |
| 流行性耳下腺炎 |  | 未・済（　1回・２回　）・不明 |  |

7.　ユニホームのサイズに○をつけて下さい

　・SS　　　・S　　　・M　　　・L　　　・LL　　　（上衣は男女共通サイズです）