

長野県立こども病院 インターンシップ申込書

1. 実施日 平成 月 日
2. 氏名 _____ 男 ・ 女 年齢 _____ 歳
3. 所属・学校名他 _____ 学年 _____
卒業見込み : 平成 年 月

4. 連絡先
住所 : (〒 _____)

電話番号 : _____

メールアドレス : _____

- ※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

- 個人情報 は 厳重に 管理し インターンシップ 以外には 使用いたしません

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. ICU

第1希望 _____ 第2希望 _____

6. 感染症に関する質問にお答えください
- 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○、予防接種の解答欄に○、抗体価を記載してください。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ください。

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○をつけてください
・SS ・S ・M ・L ・LL (上衣は男女共通サイズです)
8. 昼食の希望 ○をつけてください 有 無