

長野県立こども病院 インターンシップ申込書

1. 実施日 年 月 日

2. 氏名 男・女 年齢 歳

3. 学校名: 学年(年 月 卒業見込)

4. 住所 〒 電話番号:

メールアドレス:

※メールアドレスは、大きな字ではっきりと英数の区別ができるように記入してください。
※“pref-nagano-hosp.jp”ドメインからのメール受信が出来るように設定の確認・変更をお願いします。
※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しません

5. 体験を希望する部署

- a. 新生児病棟 b. 手術室 c. 第1病棟(血液腫瘍・総合小児) 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) g. 第5病棟(神経科・小児外科・形成外科)
h. 集中治療病棟(ICU・HCU)

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○、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	
COVID-19		未・済(回接種)	

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