

島根県病院局県立病院課 あて

令和3年度 島根県立病院看護職インターンシップ研修申込書

| | | | | |
|---------------------|--|-------------------|--------------|-----|
| 学校名 | 〇〇大学 | 学 年 | 3年 | |
| 学 部 | 看護学科 | 卒業予定年月 3月以外の場合 | 令和5年3月 | |
| フリガナ | シマネ ハナコ | | 性 別 | 年 齢 |
| 氏 名 | 島根 花子 | | 女 | 21歳 |
| 連絡先 | 012-3456-7890 | 緊急連絡先 | 0000-12-3456 | |
| E-mail | △△△@●●.jp ※ 緊急時の連絡時に使用します。(過去に台風接近に伴う研修実施可否の連絡を行いました) ※ “-(ハイフン)”と“(アンダーバー)”、“0(ゼロ)”と“o(オー)”など判別しにくい文字は分かるようハッキリと記載ください。 ※ 「pref.shimane.lg.jp」からメール受信できるよう設定しておいてください。 | | | |
| 住 所 | 〒 000-1234 〇〇県〇〇市〇〇町123 アパート名等 アパート〇〇 101号室 ※ 研修参加可否を書面にて通知しますので、送り先を記載してください。 | | | |
| 希望病院 | 【 <input checked="" type="radio"/> 】 島根県立中央病院 【 <input type="radio"/> 】 島根県立こころの医療センター ※ 研修を希望する病院に「〇」を記入してください。 | | | |
| インターンシップ に参加する目的 | | | | |
| 自己PR | | | | |
| 事前質問 ・ 希望等 | | | | |

記入された個人情報については、島根県立病院看護学生インターンシップ研修に関する連絡等に使用します。