

福島赤十字病院 インターンシップ申込書

申込日：令和 年 月 日

フリガナ		年齢	性別
お名前		歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
学校名 (学科まで)		() 年生 () 年3月卒業見込	
連絡先	〒 -		
住所は番地、部屋番号を 忘れずにご記入ください	TEL :		
	E-mail :		
希望日	第1希望 : 令和 年 月 日 (曜日)		
	第2希望 : 令和 年 月 日 (曜日)		
※都合により日程調整をお願いすることがあります。			
希望病棟を チェック してください 体験いただくのは 1病棟になります	第1希望	第2希望	
	<input type="checkbox"/> 3A病棟 HCU、救急病棟 <input type="checkbox"/> 3B病棟 (循環器センター) 循環器内科、心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 4病棟 (レディースフロア) 産科、婦人科、眼科 <input type="checkbox"/> 5A病棟 整形外科、呼吸器外科、眼科 <input type="checkbox"/> 5B病棟 (脳卒中センター) 脳外科・脳神経内科・耳鼻科 <input type="checkbox"/> 6B病棟 消化器内科・消化器外科	<input type="checkbox"/> 3A病棟 HCU、救急病棟 <input type="checkbox"/> 3B病棟 (循環器センター) 循環器内科、心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 4病棟 (レディースフロア) 産科、婦人科、眼科 <input type="checkbox"/> 5A病棟 整形外科、呼吸器外科、眼科 <input type="checkbox"/> 5B病棟 (脳卒中センター) 脳外科・脳神経内科・耳鼻科 <input type="checkbox"/> 6B病棟 消化器内科・消化器外科	
その他ご質問などご記入ください。			

* ご記入いただいた個人情報[※]は業務以外には一切使用することはありません。

申込書は希望日の7日前までに (必着のこと)、郵送、FAXまたはメールで送付してください。

送信先：福島赤十字病院 総務課 行

FAX : 024-531-1721 E-mail : jinji@fukushima-med.jrc.or.jp

<お問い合わせ> 福島赤十字病院 総務課：葛岡

〒960-8530 福島市八島町7-7

TEL : 024-534-6101 (代表)