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 | | 男　　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）  ※上記日程以外の日での参加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 | |
| **ＨＣＵ**  　ＨＣＵ（高度治療室）  **３病棟（循環器センター）**  　救急病床  循環器内科、心臓血管外科  **４病棟（レディースフロア）**  　婦人科、整形外科、眼科  **５Ａ病棟**  　整形外科、呼吸器外科、眼科  **５Ｂ病棟（脳卒中センター）**  　脳外科・脳神経内科・耳鼻科  **６Ａ病棟**  　消化器内科・循環器内科・小児科  **６Ｂ病棟**  　消化器内科・消化器外科 | | **ＨＣＵ**  　ＨＣＵ（高度治療室）  **３病棟（循環器センター）**  　救急病床  循環器内科、心臓血管外科  **４病棟（レディースフロア）**  　婦人科、整形外科、眼科  **５Ａ病棟**  　整形外科、呼吸器外科、眼科  **５Ｂ病棟（脳卒中センター）**  　脳外科・脳神経内科・耳鼻科  **６Ａ病棟**  　消化器内科・循環器内科・小児科  **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３月４日(月)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：池田

　　　　　　　　　　　〒９６０－８５３０　福島市八島町７－７

　　　　　　　　　　　TEL：０２４－５３４－６１０１（代表）