静岡てんかん・神経医療センター

看護学生インターンシップ　申込書

※下記に必要事項を記載していただき、手紙・FAXないしはメールで送ってください。

※希望日は、平日月～金で記載してください。土日祝日は受け入れできません。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　日　　　年齢　　　　　　　歳 |
| 連絡先 | 〒住所：TEL：メールアドレス： |
| 学校名 | 学校名：学年：卒業予定年： |
| インターシップ希望日平日で第2希望まで | 第1希望：　　　　　　　月　　　　　　　　日　　（　　　　　　）曜日第2希望：　　　　　　　月　　　　　　　　日　　（　　　　　　）曜日 |
| 希望病棟に◯してください | 神経内科（A2）　　てんかん外科（A3）　　てんかん小児（A4・A5）てんかん成人（A6）　　重心病棟どのようなことを知りたいですか |

※希望日の2週間前にはご連絡ください。日にちが決定したら連絡先にお返事をさせていただきます。

連絡先：　国立病院機構　静岡てんかん・神経医療センター
〒420-8688　静岡県静岡市葵区漆山886

TEL 054-245-5446　　FAX 054-247-9781

E-mail：307-kangobu@mail.hosp.go.jp

担当者：静岡てんかん・神経医療センター　副看護部長