兵庫県立柏原病院　インターンシップ申込用紙

<table>
<tr><td colspan="2">申込み日</td><td colspan="5">平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="11">基本情報</td><td>氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ）</td><td colspan="2">（　　）</td><td>年齢</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>連絡先</td><td colspan="5">住所　　電話番号</td></tr>
<tr><td>メールアドレス</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>学校名
（学生さんの場合）</td><td colspan="2"></td><td>学年</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>所属施設名
(既卒の方の場合)</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>実習希望日</td><td colspan="5">①　　②　　③</td></tr>
<tr><td>実習希望
部署・分野</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>動機</td><td colspan="5">病院のホームページ・就職説明会・その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">感染症情報</td><td>項目</td><td>結果</td><td>検査日</td><td>ワクチン接種日</td><td rowspan="5">※結果が陰性の場合、実習の１ヶ月以上前にワクチン接種要が必要となります</td></tr>
<tr><td>麻疹抗体</td><td>陽性・陰性</td><td>平成　年　月　日</td><td>平成　年　月　日</td></tr>
<tr><td>風疹抗体</td><td>陽性・陰性</td><td>平成　年　月　日</td><td>平成　年　月　日</td></tr>
<tr><td>水痘抗体</td><td>陽性・陰性</td><td>平成　年　月　日</td><td>平成　年　月　日</td></tr>
<tr><td>ムンプス抗体</td><td>陽性・陰性</td><td>平成　年　月　日</td><td>平成　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">兵庫県修学資金受給の有無</td><td colspan="3">有　　無</td></tr>
</table>

その他、ご不明点・ご要望がありましたらご記入下さい。

兵庫県立柏原病院　看護部