

熊本大学病院

看護学生対象 令和4年度第1回インターンシッププログラム

●実施期間：令和4年7月19日（火）～ 8月31日（金）

（時間：8時30分～ 12時30分）

日数については実施期間中最大5日までで、ご希望に沿います。

●インターンシップ中のトラブル（通院中の交通事故、インターンシップ中の傷害等）に対応するため傷害保険の加入をお勧めします。当院での対応は行っておりません。

●申込用紙に必要事項をご記入の上、郵送またはFAXで送信してください。

●募集期間：令和4年6月30日（木）～ 8月12日（金）

●参加が決まりましたら、電話またはメールにてご連絡いたします。

（携帯電話やスマートフォンの方は、PCからの着信をあらかじめONにしておいてください）

※日程は、ご希望に添えない場合がございます。ご容赦ください。

【個人情報の利用目的について】

インターンシップ応募者の方から取得した個人情報は、インターンシップに必要な業務にのみ利用いたします。また、終了後は直ちに適切な方法で処理いたします。

〒860-8556 熊本県熊本市中央区本荘1丁目1番1号

熊本大学医学部附属病院 看護部

電話：096-373-5914

FAX：096-373-5807

インターンシッププログラムエントリー用紙

ふりがな 名前		
学校名		
学年		
生年月日	西暦	年 月 日
年齢	歳	
性別	男性	女性
住所	〒	
電話連絡先	1)	
	2)	
メールアドレス		
希望日	第1希望	()月()日 ~ ()月()日
	第2希望	()月()日 ~ ()月()日
参加理由		
参加したい病棟 あるいは分野	第1希望	
	第2希望	