熊本大学病院

看護学生対象　令和５年度インターンシッププログラム

●実施期間：令和５年７月１９日（水）　～　８月２５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５年６月２８日（水）～　８月９日（水）

●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 |  | |
|  | | |