**令和４年　荏原病院看護師インターンシップ　申込書　（ 様式Ａ　）**

＊荏原病院インターンシップに参加ご希望の方は、本申込書を記載して下記まで郵送して下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ氏名 |  | | 男  女 | 写真添付欄  （4ｃｍ×3ｃｍ）  最近3ヶ月以内  撮影のもの  上半身、脱帽 |
| 生年月日 | 昭和　　平成　　　　年　　　　月　　　日  インターンシップ参加時の年齢　　　　　　　　　歳 | | |
| 住所 | 〒０００　－　００００ | | | 最寄り駅  　　　　　　　　　　線  　　　　　　　　　　駅 |
| 電話番号 | 自宅： | 携帯： | | |
| メールアドレス |  | | | |
| 所属している  看護師養成機関 | 名称 | | | |
| 養成課程年数　　　　　　　　　年間 | 年生 | | |
| 学校への連絡　　　　可　　　　　　不可  ※（公財）東京都保健医療公社では、将来的にあなたの学校との連携を深めていきたいと考えています。  あなたが今回のインターンシップに参加することを学校に連絡しても良いか質問です。 | | | |
| 希望日程 | ＊日程に☑をしてください（複数可）  1日間コース　8月10日から8月19日までの平日のみ  8月10日（水）8月11日（木） 8月12日（金）8月15日（月）  8月16日（火）8月17日（水）8月18日（木）8月19日（金） | | | |
| ○あなたの健康について質問します。  （１）１年以内に健康診断を受けたことがありますか。（学校の健診など）  無 ・ 有（ ）  （２）現在治療中の疾患がありますか。ある場合は差し支えない範囲で状況を記入してください。  無 ・ 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  （３）その他健康上不安に思っていることがあれば記入してください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  〇新型コロナワクチンの接種状況についてお伺いします。   1. ワクチンの接種をしましたか。   無　　　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   1. ワクチンの接種時期を記入してください  |  |  | | --- | --- | | 接種回 | 時期（日付記載の上、接種済みまたは予定のいずれかに〇） | | 1回目 | 月　　　日　　　　　　接種済　　　・　　予定 | | 2回目 | 月 　日　　　　　　接種済　　　・　　予定 | | 3回目 | 月 　日　　　　　　接種済　　　・　　予定 |       　　　　 \*接種の有無でインターシップの受け入れ可否を決定するものではありません | | | | |
| ○インターンシップの志望動機 | | | | |
| ○その他、意見や実習中に希望される診療科、要望等あれば自由に記入して下さい。 | | | | |

提出されました書類の個人情報については、インターンシップ実施に必要な業務に限って使用し、終了後は廃棄処理いたします。

連絡先・提出先

145-0065　東京都大田区東雪谷4-5-10

地方独立行政法人東京都立病院機構

東京都立荏原病院

看護部　太田　真弓

ＴＥＬ：03-5734-8000（代）

連絡先・提出先

145-0065　東京都大田区東雪谷4-5-10

公益財団法人　東京都保健医療公社荏原病院

看護部　海老沼　美代子

ＴＥＬ：03-5734-8000（代）

ＦＡＸ：03-5734-8023

連絡先・提出先

145-0065　東京都大田区東雪谷4-5-10

公益財団法人　東京都保健医療公社荏原病院

看護部　海老沼　美代子

ＴＥＬ：03-5734-8000（代）

ＦＡＸ：03-5734-8023

連絡先・提出先

145-0065　東京都大田区東雪谷4-5-10

公益財団法人　東京都保健医療公社荏原病院

看護部　海老沼　美代子

ＴＥＬ：03-5734-8000（代）

ＦＡＸ：03-5734-8023