インターンシップ申込書

令和　　年　　月　　日

　　新潟県立中央病院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名

学年

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：TEL

Mail

新潟県立中央病院インターンシップにつきまして、承認されたく申請します。

記

1. 希望コース　（　）内に○を付けてください。

①　内科系の病棟　　（　　　　　）

　　　②　外科系の病棟　　（　　　　　）

　　　③　産科病棟　　　　（　　　　　）

　　　④　小児科病棟　　　（　　　　　）

＊ご希望に添えないこともあります。予めご了承ください。

　　　病院内見学は希望しますか。　希望する（　　　）　希望しない（　　　）

1. 当院での実習経験の有無

　　　有　　・　　無

（　実習した病棟：　　　　　　　　　　　　　時期：　　　　　　　　　　　）

1. インターンシップ参加の目的・抱負など