

「平成30年度宮崎県立病院サマープログラム・インターンシップ」参加申込書

ふりがな			性別	(男性 ・ 女性)						
氏名			生年月日 年齢	(S・H 年 月 日生) ()歳						
学校名			卒業予定	(H)年()月						
学部・学科			取得予定 免許	(看 ・ 助 ・ 保)						
本人 連絡先	〒		白衣のサイズ (手術室用)	(S ・ M ・ L ・ LL)						
	住所: 電話番号(携帯電話等): メールアドレス(※PCからのメールを受信できるもの必ず記入):									
保護者 連絡先	〒									
	住所: 電話番号(携帯電話等):									
インターン シップ希望	※1～3 のコースから1つを選択し、記入してください。※診療科は第2希望までお書きください。 ※希望多数の場合、日程もしくは診療科の変更をお願いすることがあります。どちらを優先されますか。 どちらかにチェック☑を入れてください <input type="checkbox"/> 日程 <input type="checkbox"/> 診療科									
	日程 病院 診療科	コース (希望のコースの数字に ○をつけてください)		インターンシップ希望日 (8月6日～8月10日)			希望病院 (希望の病院に○をつけてください)			希望診療科 (下記の中から選択してください)
		1日目	2日目	3日目	宮崎	日南	延岡	第1希望	第2希望	
1		1日間コース								
2		2日間コース								
3	3日間コース									
希望診療科 について	下記の中から選択してください。 宮崎病院・・・一般内科系、循環器科、一般外科系、整形外科、脳外科系、ICU、手術室 延岡病院・・・一般内科系、循環器科、一般外科系、整形外科、脳外科系、ICU、HCU、手術室、救命救急センター 日南病院・・・地域包括ケア、一般内科系、循環器科、一般外科系、整形外科、脳外科系、小児科、母性、HCU、手術室									
インターンシップで特に体験・見学したい内容にチェック☑を入れてください。複数回答可。 <input type="checkbox"/> 看護師と患者さんとの関わり <input type="checkbox"/> 患者さんとのコミュニケーション <input type="checkbox"/> バイタルサイン測定 <input type="checkbox"/> 診療科独自の検査や処置 <input type="checkbox"/> 日常生活援助 <input type="checkbox"/> その他()										
体験・見学を希望した理由・動機にチェック☑を入れてください。複数回答可。 <input type="checkbox"/> 県立病院への就職を考えているから <input type="checkbox"/> 宮崎県内での就職を考えており参考にしたいから <input type="checkbox"/> 実習では経験できないから <input type="checkbox"/> その他()										
お弁当に ついて	アレルギー等があり、ご自分で昼食を準備される方は○をつけてください⇒ ()									
*参加人数等によって希望に添えない場合がございます。ご了承ください。 *ご自身の健康状態が良好であることに留意し、やむを得ず参加を中止する場合は 0985-26-0224 まで(当日8時から8時25分の間に)必ずご連絡ください。										
申込み先 及び お問い合わせ先	宮崎県病院局経営管理課 看護対策担当(井上・井ノ上) 住所:宮崎県宮崎市橘通東2丁目10番1号 TEL: 0985-26-0224/FAX:0985-26-7341									

【宮崎県立病院サマープログラム・インターンシップ参加申込書 希望欄の記入例】

記入例①: 宮崎病院1日のみ希望の場合

インターンシップ希望	※1～3 のコースから1つを選択し、記入してください。※診療科は第2希望までお書きください。 ※希望多数の場合、日程もしくは診療科の変更をお願いすることがあります。どちらを優先されますか。 どちらかにチェック☑を入れてください <input checked="" type="checkbox"/> 日程 <input type="checkbox"/> 診療科										
	日程 病院 診療科	コース (希望のコースの数字に○をつけてください)		インターンシップ希望日 (8/6～8/10)			希望病院 (希望の病院に○をつけてください)			希望診療科	
				1日目	2日目	3日目	宮崎	日南	延岡	第1希望	第2希望
		①	1日間コース	8月8日			○			整形外科	一般外科系
	2	2日間コース									
	3	3日間コース									

記入例②: 宮崎病院と日南病院を1日ずつ希望の場合

インターンシップ希望	※1～3 のコースから1つを選択し、記入してください。※診療科は第2希望までお書きください。 ※希望多数の場合、日程もしくは診療科の変更をお願いすることがあります。どちらを優先されますか。 どちらかにチェック☑を入れてください <input type="checkbox"/> 日程 <input checked="" type="checkbox"/> 診療科										
	日程 病院 診療科	コース (希望のコースの数字に○をつけてください)		インターンシップ希望日 (8/6～8/10)			希望病院 (希望の病院に○をつけてください)			希望診療科	
				1日目	2日目	3日目	宮崎	日南	延岡	第1希望	第2希望
		1	1日間コース								
	②	2日間コース	8月6日			○			循環器科	脳外科系	
				8月9日			○		地域包括ケア	小児科	
	3	3日間コース									

記入例③: 宮崎病院を1日、延岡病院を2日間希望の場合

インターンシップ希望	※1～3 のコースから1つを選択し、記入してください。※診療科は第2希望までお書きください。 ※希望多数の場合、日程もしくは診療科の変更をお願いすることがあります。どちらを優先されますか。 どちらかにチェック☑を入れてください <input checked="" type="checkbox"/> 日程 <input type="checkbox"/> 診療科										
	日程 病院 診療科	コース (希望のコースの数字に○をつけてください)		インターンシップ希望日 (8/6～8/10)			希望病院 (希望の病院に○をつけてください)			希望診療科	
				1日目	2日目	3日目	宮崎	日南	延岡	第1希望	第2希望
		1	1日間コース								
	2	2日間コース									
	③	3日間コース	8月6日			○			一般内科系	脳外科系	
				8月9日				○	HCU	循環器科	
					8月10日			○	整形外科	脳外科系	