

「令和元年度 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	(R)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からのメール受信できるものを必ず記入)：									
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5日～8月9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⇒ ()									
*診療科は先着順で決定します。参加人数等によっては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 (8/5～8/9)			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 (8/5～8/9)			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8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 (8/5～8/9)			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5日	/	/	○			一般内科系	脳外科系	
			/	8月7日	/			○	HCU	循環器科	
			/	/	8月8日			○	整形外科	脳外科系	