

「看護師インターンシップ」に参加しませんか！

2018年3月卒業予定の看護学生の方を対象にインターンシップを開催いたします。

「草津病院」の雰囲気や看護の仕事を肌で感じて頂き、ご自身の働くイメージをふくらませ、今後の進路を選択される良い機会になれば幸いです。

当院の就職を希望される方はもちろん、当院への興味をお持ちの皆様のご参加をお待ちしております。



参加対象者	2018年3月に看護師養成機関を卒業見込みの方
実施時期	2017年7月～11月 3日～5日程度
申込方法	<p>①郵送またはFAX 申込書をダウンロードし必要事項をご記入の上、下記宛先までご送付下さい。</p> <p>郵送先：〒733-0864広島市西区草津梅が台10-1 医療法人社団更生会草津病院 看護管理室 看護部長 菟場 忍（ぬたば しのぶ） 宛</p> <p>FAX：082-277-1111</p> <p>②Emailで送信 必要事項を入力し、下記メールアドレスに送信して下さい。 Email kango@kusatsu-hp.or.jp</p>
その他	後日ご連絡の上、面接をさせていただきます。
お問合せ先	Tel.082-277-1001（内線300） 看護管理室 看護部長 菟場 忍（ぬたば しのぶ）



インターンシップ応募書類

西暦 年 月 日現在

ふりがな		男・女
氏 名		印
生年月日	昭和・平成 年 月 日生(満 歳)	
ふりがな		電話
現住所〒		()
		携帯電話
		()
ふりがな		メールアドレス
連絡先〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)		@

年	月	在籍する学校(学部・学科・専攻 等)
(入 学)		
(卒業見込)		

(応募の動機をご記入ください。)

2017年 草津病院 看護師インターンシップ研修申込書

- 1.研修希望日 ① 月 日 () ~ 日 ()
② 月 日 () ~ 日 ()
③ 月 日 () ~ 日 ()

※日程は調整の上ご連絡させていただきますので、第3希望までご記入ください。

2.お名前 (ふりがな) ()

3.年齢 () 歳 4.性別 (男 ・ 女)

5.看護学校名 (大学・専門学校)

学年 (年)

6.ご連絡先

ご本人住所

Tel番号

ご家族住所

ご家族Tel番号

7.健康状態についてお伺い致します。

学校での健康診断での異常 無・有 ()

現在治療中の疾患 無・有 ()

8.その他 (何かご希望があればご記入ください)