

平成 24 年度 看護師インターンシップ研修申込書

津島市民病院 看護局

申し込み〆切期日：研修希望日 7 日前

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 (性別： 男 女)

看護学校名 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 卒業 卒業見込み

1. 研修希望日： _____ 月 _____ 日

2. 連絡先

(〒 _____)

本人住所 _____ 電話：自宅 _____
携帯 _____

(〒 _____)

家族住所 _____ 電話：自宅 _____
携帯 _____

3. 研修希望部署

* 希望する部署名に優先順位を 1, 2 とつけて下さい。

順位	部署名	順位	部署名	順位	部署名	順位	部署名
	3 階南病棟		4 階南病棟		5 階南病棟		3 階北病棟
	4 階北病棟		5 階北病棟		4 階西病棟		5 階西病棟

【病棟の内訳】

3 階南病棟 (母性)、**4 階南病棟** (一般外科、口腔外科、泌尿器科)、**5 階南病棟** (循環器内科、放射線科)、**3 階北病棟** (小児科、整形外科、形成外科)、**4 階北病棟** (消化器内科、皮膚科、耳鼻咽喉科)、**5 階北病棟** (脳神経外科、眼科)、**4 階西病棟** (回復期リハビリ)、**5 階西病棟** (呼吸器内科、内分泌科、腎臓内科)

〒 496-8537

住所：愛知県津島市橘町 3 丁目 73 番地

電話番号：0567 (28) 5151 内線番号：3222

Fax 番号：0567 (28) 5053

Email：tsmhp@tsushimacity-hp.jp

担当者：看護局 佐藤

