



令和5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
	4 階西病棟		5 階南病棟		3 階北病棟
	4 階北病棟		5 階北病棟		

【病棟の内訳】

4 階西病棟 (呼吸器内科、腎臓内科、内分泌内科、乳腺外科)

5 階南病棟 (外科、消化器内科、泌尿器科、歯科口腔外科)

3 階北病棟 (整形外科、形成外科、内分泌内科、脳神経内科)

4 階北病棟 (消化器内科、循環器内科、耳鼻いんこう科)

5 階北病棟 (脳神経内科、脳神経外科、呼吸器内科)

4. 研修時間

半日 9 時から 12 時 30 分

〒 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 小川

