**平成３０年度　宮城県立病院機構 春季インターンシップ（看護師）申込書**

必要事項を記入の上，郵送又はE-mailでお申込みください。

記入日（平成　　　年　　　月　　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| 申込先病院  （　）に○を記入 | （　　）　宮城県立がんセンター  （　　）　宮城県立精神医療センター |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住　所 | （　　　－　　　　）  ［※帰省先都道府県：　　　　　　］ |
| 連絡先 | 自宅：  携帯電話： |
| メールアドレス |  |
| 所属学校 | （　　　年生） |
| 卒業予定 | 平成　　　年　　月卒業予定 |
| 申込動機 |  |
| 希望研修部署 | ※　がんセンター希望者のみ，希望する研修部署を第３希望まで選択してください。（（　　）に希望順に１～３の数字を記入してください。）  （　　）3階東病棟（呼吸器科・泌尿器科・整形外科）  （　　）3階西病棟（泌尿器科・整形外科・呼吸器科）  （　　）4階東病棟（脳神経外科・婦人科・頭頸部内科）  （　　）4階西病棟（頭頸部外科・放射線科・形成外科・婦人科）  （　　）5階東病棟（消化器外科・乳腺科・腫瘍内科）  （　　）5階西病棟（消化器科・腫瘍内科）  （　　）6階病棟　（血液内科・腫瘍内科） |

※　申込者の個人情報は，インターンシップの実施及び看護師募集に必要な業務に限って利用させていただきますので，ご了承願います。