

必要事項を記入の上、郵送又は E-mail で  
お申込みください。

## 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

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	※ <u>がんセンター希望者のみ</u> 、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、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、ご了承ください。