

東京労災病院 看護部 インターンシップ申し込み用紙

ふりがな			年齢	性別
氏名				
学校名		学部名(専攻名)		学年
自宅住所	〒			
携帯電話番号				
メールアドレス	※希望部署、希望日等を確認する場合がありますのでお持ちの方は必ずご記載ください フィルターを掛けている場合は、info@tokyoh.johas.go.jp からのメールが届くよう設定を変えていただけますようお願いいたします。			
宿泊希望の有無 ※該当する方に☑	☐ 宿泊を希望する ☐ 宿泊を希望しない			
	※宿泊を希望される方のみ記入してください(職員宿舎での宿泊になります) 【宿泊希望期間】 年 月 日 ～ 年 月 日			
インターンシップ 希望部署	第1希望部署		第2希望部署	
	※内科については詳細をご記入ください。(例 消化器内科、呼吸器内科など) 小児科については、希望に沿えない場合があるのでご了承ください。			
インターンシップ 希望日	第1希望	年 月 日 ～ 年 月 日 の 日間		
	第2希望	年 月 日 ～ 年 月 日 の 日間		

* インターンシップの希望日は、インターンシップ開催日を確認後、記入してください。
 * インターンシップの日数は、1日もしくは2日となります。どちらかを選んでください。

抗体価検査結果	麻疹	陽性	陰性	* あてはまる方を 枠で囲ってください
	風疹	陽性	陰性	
	水痘	陽性	陰性	
	流行性耳下腺炎	陽性	陰性	

インターンシップ参加時の注意点

【麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎の抗体価検査について】

- ・産婦人科病棟でのインターンシップを希望される方は、「麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎」の抗体価の、検査結果の提示が必要となります。
- ・抗体価が陰性または、偽陽性で、ワクチン未接種の場合はワクチン接種を受けてください。ワクチン接種は、インターンシップ開始日の4週間前までに受けてください。(ワクチン接種は各自で行ってください)
- *麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎に関する、抗体価検査の結果及びワクチンの接種状況は、インターンシップ 開始日に持参してください。(検査結果のコピーや学校作成の書面で可:持参がない場合には、産婦人科病棟でのインターンシップには参加できません)

応募の動機	
-------	--

* 提出先: 病院代表メール(info@tokyoh.johas.go.jp)または、FAX、郵送で送付をお願いいたします。