

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 29 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。