

岩国医療センター 助産師インターンシップ 参加申し込み書

記入日 西暦 年 月 日

ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日( 歳)			
	性別 男 ・ 女			
在籍校	( 学年)			
現住所 (連絡先)	〒 - 電話番号( - - ) 携帯電話( - - ) メールアドレス( )			
緊急連絡先	ふりがな 氏名 (続柄: ) 電話番号( - - )			
希望日 開催予定日の中から 第二希望まで選んで ご記入ください	第一希望 : 月 日( ) 第二希望 : 月 日( )			
看護宿舎の見学	希望あり ・ 希望なし (どちらかに○をつけてください)			
応募した動機				
インターンシップで 知りたいこと 質問事項など				
小児感染症	4項目すべての抗体価検査を実施していない場合や、抗体価検査結果が陰性であった際のワクチン接種が確認できない場合は、当インターンシップに参加できませんのでご了承ください。			
	看護師養成校在校時(概ね3年以内)の結果を記入			
		測定値	測定方法	抗体価検査結果
	麻疹		法	陽性 ・ 陰性
	風疹		法	陽性 ・ 陰性
	水痘		法	陽性 ・ 陰性
	流行性耳下腺炎		法	陽性 ・ 陰性
【注意事項】 抗体価が陰性であった項目については、ワクチンを接種し、その結果(証明書)を提出してください。測定値は検査の受診先(学校または医療機関)に確認を行ってください。				
健康状態	実際に看護の現場を体験するため、下記の質問にご回答下さい			
	現在治療中の疾患はありますか	有 ・ 無		
	疾患名(ある方のみ)			

FAX : 0827-35-5600

国立病院機構 岩国医療センター  
〒740-8510 岩国市愛宕町 1-1-1  
教育担当看護師長 藤野