**あいち小児保健医療総合センター**

**平成29年度　インターンシップ申込用紙**

**・開催日程**

　**平成30年　3月：15日間**

　 1(木) 2(金) 3(土) 6(火) 8(木) 9(金) 10(土) 13(火) 15(木) 16(金) 17(土)

20(火) 22(木) 23(金) 24(土)

**・希望日（午前・午後 選択）をお書きください。**

**月　日（　）　　午前（10:00～12:30）午後（14:00～16:30）**

**・インターンシップ参加の動機をお書きください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな****お名前** | **ふりがな** |
| **ご住所** | **〒** |
| **連絡先** | **電話番号（携帯）：****メールアドレス：** |
| **学校名****勤務場所** | **学校****病院（施設名）****（　　　　　年卒業・卒業予定）** |
| **希望場所** | **内科系病棟　 外科系病棟　 循環器病棟****小児ICU（PICU）　　新生児ICU****手術室　　　救急外来****参加状況（　　　回目　　　　　病棟）** |

**担当：事務部　総務G　メールアドレス：****shouni-hospital@pref.aichi.lg.jp**

**FAX：0562-43-0513**