

インターンシップ申込書

令和 年 月 日

医療法人徳洲会 さいたま記念病院
理事長 東上 震一 様

申請者
所 属 (学校名等)

住 所

氏 名 ㊟

連絡先

さいたま記念病院でのインターンシップを、承認していただきたく申請します。

1 希望日時 (優先順位を考え順に記載してください)

- ① 月 日
- ② 月 日
- ③ 月 日

2 希望する看護単位 (病棟・外来・手術室)

3 当院でインターンシップを希望する理由や目的等

4 感染症対策と情報 (具体的に記載してください)

(記載例) ×月×日にインフルエンザワクチン接種済みである。

○年○月、学校での検査結果で抗体値××であり感染対策をしている。