

☐ 互惠会 大阪回生病院

看護学生

参加者募集!

インターンシップ

7/27.8/3.8/10 (火)

場所 大阪回生病院

7/30.8/6.8/13 (金)

時間 9:00~15:00

“訪れるだけで
安心できる場所”を
一緒に作っていきませんか!
お気軽にご参加ください。

当日の昼食は当院レストランで
準備しております。



〒532-0003 大阪市淀川区宮原1丁目6-10
TEL.06-6393-6234(代表) FAX.06-6393-8592
地下鉄 地下鉄御堂筋線「新大阪駅」
1番出口より右へ徒歩約1分
JR JR「新大阪駅」
3階コンコースから西口出口より右へ徒歩約2分

大阪回生病院

<http://www.kaisei-hp.co.jp/>

どんな病院なのか?
スタッフはどんな雰囲気で
働いているのか?
実際に体験してみませんか?

対象者

平成23年3月卒業予定の看護学生

応募締切

参加希望日の1週間前まで

参加お申込ご登録・ご相談は
06-6393-6234 総務人事課まで
syomu@kaisei-hp.co.jp

大阪回生病院看護学生インターンシップ参加申込書

(兼 個人情報の保護に関する誓約書)

大阪回生病院長 殿

平成 22年 月 日

申込者署名

下記のとおり貴院の看護学生インターンシップに申し込みます。なお、個人情報の保護に関する法律に基づき、参加に際して知りえた患者様の個人情報については目的以外には使用せず、第三者には漏らさない等プライバシーの保護に留意することを誓約します。

フリガナ			昭和						女
氏名		生年月日	平成	年	月	日生	性別		男
			(歳)			
在籍校									
現住所	〒						TEL		
連絡先	〒						TEL		
平日昼間の連絡先	※当院から連絡を差し上げる場合があります。連絡のつきやすい番号をお書きください。								
体験希望の部署	※希望する病棟に○印をつけてください。 外科系病棟 ・ 内科系病棟								
体験期間希望	第1希望	月	日						
	第2希望	月	日						
看護衣サイズ	S ・ M ・ L ・ LL								
感染症の罹患状況	※罹患したものに○印をつけてください。 水痘 麻疹 風疹 流行性耳下腺炎 百日咳 その他()								
※インターンシッププログラムに応募した動機・要望などをお書きください。									