

F A X : 0794-62-9931

E-mail : [kangokengaku@kitahari-mc.jp](mailto:kangokengaku@kitahari-mc.jp)



KITA-HARIMA  
MEDICAL  
CENTER

※メールで申込みの方は、「@kitahari-mc.jp」からのメールを受信できるように設定しておいてください。

北播磨総合医療センター看護管理室 宛

## インターンシップ 参加申込書

フリガナ											性 別				
氏 名											<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男			
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日生						年 齢 (申込時点)	歳				
住 所	〒														
電話番号	自 宅												携 帯		
メールアドレス															
在 学 校 または 卒 業 校					学 部 科			卒 業 年 (見込)			平成 年				
参加希望日 (定期開催)	<input type="checkbox"/> 平成 30 年 3 月 12 日 ( 月 )				(申込締切) 平成30年3月9日 (金) AM10:00まで										
	<input type="checkbox"/> 平成 30 年 3 月 20 日 ( 火 )				(申込締切) 平成30年3月16日 (金) AM10:00まで										
	<input type="checkbox"/> 平成 30 年 3 月 22 日 ( 木 )				(申込締切) 平成30年3月20日 (火) AM10:00まで										
	<input type="checkbox"/> 平成 30 年 8 月 17 日 ( 金 )				(申込締切) 平成30年8月15日 (水) AM10:00まで										
	<input type="checkbox"/> 平成 30 年 8 月 21 日 ( 火 )				(申込締切) 平成30年8月17日 (金) AM10:00まで										
ユニフォーム (白衣) サイズ	女 性 (ワンピース)					男 性 (スクラブ)					男 性 (パンツ)				
	S	M	L	LL	EL	S	M	L	LL	EL	S	M	L	LL	EL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
希望する 部 門	(診療科名・病棟名・体験内容など) ※ 当センターのスキルラボで、シミュレーターによるフィジカルアセスメント、採血、吸引、ミキシング・輸液準備～実施など、ご希望に応じて体験していただけます。														
質問事項															

<お問い合わせ・連絡先>

北播磨総合医療センター 看護管理室

〒675-1392 兵庫県小野市市場町925-250

TEL: 0794-88-8675 (直通)