

インターンシップ申込書

令和 年 月 日

医療法人若葉会 さいたま記念病院
理事長 西垣 秀尊 様

申請者

所 属 (学校名等)

住 所

氏 名

印

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。