

東京医科大学茨城医療センター

FAX：029-887-1234

2025年 夏のインターンシップ参加申込書

申込日： 年 月 日

①学校名	
②学年	
③氏名（フリガナ）	
④性別	男 ・ 女
⑤連絡先	電話：
	Mail：
⑥希望日（○で囲む）	8/5（火） ・ 8/6（水）
	8/7（木） ・ 8/8（金）
⑦体験部署の希望 および 体験してみたいこと	
⑧ご要望など	

*看護体験のできる場所：一般病棟（外科系、内科系）・包括病棟・ICU・
OP室を中心（外来は見学となります）

【参加申し込み】

方法	申し込み内容	
FAXでの申し込み	この用紙に記入の上、お送りください。	FAX：029-887-1234
メールでの申し込み	上記の①～⑧の内容を記載の上、右記のアドレスまでお送りください。 （携帯メール可）	k-kango@tokyo-med.ac.jp
電話での申し込み	上記の①～⑧を右記の電話まで、ご連絡ください。	Tel：029-887-1161（代） 看護部 齋田まで

*個人情報、連絡以外には使用致しません。

*キャンセル、当日の欠席や遅刻等の連絡は、029-887-1161（代）看護部齋田まで
お願いします。