

平成30年武田病院グループ ①春②夏インターンシップ申込書

(ふりがな)

氏名：

性別：

住所：〒

TEL：() —

連絡可能な時間帯()

学校名：

(学年： 年生 年卒)

* 希望する病院の開催日程を確認の上、希望日及び希望体験・希望部署等記入してください

開催病院 (申込連絡先)	開催日程		受入 人数	希望日・希望体験	申込連絡先	申し込み 締め切り日
	月日(時間)	曜日				
医仁会武田総合病院	①3月17日 4月28日 5月19日・5月26日	土	要相談		TEL：075-572-6331(直通) FAX：075-571-8877 【担当者】 三野・村中	①②参加希望日の 2週間前
	②8月6～10日 8月13日～17日 (9:00～15:30)	月～金				
康生会武田病院	①3月17日	土	要相談		TEL：075-361-3727(直通) FAX：075-361-1320 【担当者】 看護管理室 辻本・出野	①参加希望日の 2週間前
	②8月1日～31日 (日・祝を除く)	月～土				②7月末迄
宇治武田病院	①3月17日	土	1日2名		TEL：0774-25-2057 FAX：0774-24-7567 【担当者】 長森・鶴ノ口	①②参加希望日の 2週間前
	②8月1日・2日 8月8日・9日 8月29日・30日	水・木				
十条武田 リハビリテーション病院	①3月17日	土	1日4名		TEL：075-671-2351 FAX：075-671-2488 【担当者】 鷺見	①②参加希望日の 2週間前
	②7月21日 8月9日	土 木				
北山武田病院	3月17日 (9:00～15:00)	土	3名		TEL：075-721-1612 FAX：075-721-1623 【担当者】 吉田	参加希望日の 2週間前
木津屋橋武田病院	①3月7日 (10:00～15:00)	水	1日2名		TEL：075-343-1766 FAX：075-343-5739 【担当者】 山川・渡邊	参加希望日の 2週間前
	②8月8日 (10:00～15:00)	水				
稻荷山武田病院	①3月17日	土	1日2名		TEL：075-551-0661 FAX：075-532-5115 【担当者】 吉田・杉本	①②参加希望日の 2週間前
	②8月2日・30日 (9:30～15:30)	木				
宮津武田病院	①3月17日	土	1日2名		TEL：0772-22-2157 FAX：0772-22-1125 【担当者】 坪木・岡田	①参加希望日の 2週間前
	②8月7日・14日 8月21日・28日 (8:30～15:30)	火				②7月7日迄
精華町 国民健康保険病院	①3月29日	木	1日2名		TEL：0774-94-2076 FAX：0774-93-2818 【担当者】 立木	①②参加希望日の 2週間前
	②8月23日 (9:00～15:30)					

参加費無料

お弁当をご持参ください(職員食堂を利用することも可能な病院もあります。お問い合わせください)

持ち物

筆記用具・実習用白衣・ナースシューズ・ストッキング・ソックス(白)・髪をまとめるゴム・水分・タオル など

申込み方法

各病院の連絡先へ直接申し込んでください。