

令和 年 月 日

佐久総合病院
統括院長 伊澤 敏 殿

学校名 _____

学 年 _____

氏 名 _____ 男・女

生年月日（西暦） 年 月 日

出身地 _____

（市町村まで記入お願いします。）

令和2年春期看護体験実習申込書

貴院の春期看護体験実習について、下記の通り申し込みます。

記

1. 連絡先

〒 _____
住 所 _____
TEL _____ () _____
携 帯 _____ () _____
e-mail(PC) _____
携帯メール _____

2. 希望実習コース

* 下記よりお選びいただき、ご記入ください。※各コース、一週間の定員は若干名です。

- ①在宅看護体験実習（実習場所：佐久総合病院 地域ケア科、訪問看護ステーション、宅老所等）
- ②周術期看護体験実習（実習場所：佐久医療センター 手術室、周術期病棟、入退院支援室等）
- ③周産期看護体験実習（実習場所：佐久医療センター 産科病棟、NICU、分娩室、病棟等）
- ④救急看護体験実習（実習場所：佐久医療センター 救命救急センター 救急外来、救急病棟、ICU、HCU等）
- ⑤がん看護体験実習（実習場所：佐久医療センター 通院治療センター 放射線外来、病棟等）

第1希望 _____

第2希望 _____

第3希望 _____

3. 希望実習期間

*下記よりお選びいただき、ご記入ください。

①3月4日(水)～3月6日(金) / ②3月11日(火)～3月13日(金)

第1希望 _____

第2希望 _____

4. 希望の優先 (いずれかの番号に○をつけてください。)

第1希望の実習コースが既に定員の場合、第2希望以下について

- ①実習コースを優先し、期間を実習コースにあわせる
- ②期間を優先し、実習コースを期間にあわせる
- ③どちらを優先させたいという希望はないので、順番通りで構わない。

5. 宿泊施設の利用 (いずれかの番号に○をつけてください。)

遠方からお越しで、ご希望の方には無料でご宿泊いただける宿泊施設をご紹介します。

実習当日水曜日(チェックイン)～木曜日宿泊、金曜日の朝チェックアウトになります。

朝食付き、夕食なしです。

①希望する / ②希望しない

※佐久市にお住まいの方、また、ご実家が佐久市の方には宿泊先のご紹介は行いません。

6. 利用交通機関 (いずれかの番号に○をつけてください。)

①公共交通機関 ②自家用車 ③その他 ()

7. 緊急時連絡先 〒 _____ いずれかに○ (実家 ・ その他)

住所 _____

TEL _____

上記に必要な事項をご記入の上、学生証の写しを添えて郵送にてお申し込みください。

なお、この申込用紙は折り曲げずに郵送してください。

※書類の提出締め切りは、2月14日(金)正午必着です。

※定員の関係上ご希望に添えない場合がございます。あらかじめご了承ください。

以上