



高知県訪問看護総合支援センター

インターンシップ応募用紙

FAX:088-855-7776

申込日： 年 月 日

フリガナ			性別	男 ・ 女	
お名前	様		電話	- -	
			メール		
学校名			学年	年生	
自宅住所	〒				
希望 ステーション	第1希望 <small>(事業所名または市町村)</small>		<input type="checkbox"/> 1日のみ <input type="checkbox"/> 複数日(日間) <input type="checkbox"/> その他 <small>※該当箇所にチェックを入れてください</small>		
	第2希望 <small>(事業所名または市町村)</small>		<input type="checkbox"/> 1日のみ <input type="checkbox"/> 複数日(日間) <input type="checkbox"/> その他 <small>※該当箇所にチェックを入れてください</small>		
	第3希望 <small>(事業所名または市町村)</small>		<input type="checkbox"/> 1日のみ <input type="checkbox"/> 複数日(日間) <input type="checkbox"/> その他 <small>※該当箇所にチェックを入れてください</small>		
	<small>※該当箇所にチェックを入れてください</small> <input type="checkbox"/> 1日のみ体験 (第1～第3希望のいずれか) <input type="checkbox"/> 複数のステーションで1日ずつ体験 <input type="checkbox"/> 複数のステーションで複数日 (日間ずつ) 体験 <input type="checkbox"/> その他 ()				
体験希望日	第1希望	月 日 ()	または	月 日 ()	～ 月 日 () の間
	第2希望	月 日 ()	または	月 日 ()	～ 月 日 () の間
	第3希望	月 日 ()	または	月 日 ()	～ 月 日 () の間

興味のある領域や 体験したい 内容等があれば ご記入ください	<input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 神経難病 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> その他 ()
事前にご質問等 ありましたら ご記入ください	

※インターンシップのご希望日が土曜・日曜・祝日の場合、平日に比べ訪問看護の利用者様が限られており、インターンシップの受入れが難しい場合があります。長期休暇の期間や休講日を利用してお申込みいただきますようお願い致します。