小諸高原病院（インターシップ・再就職支援研修）申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望研修 | インターシップ・再就職支援研修（希望する方に○をして下さい） | | | |
| 申込日 | 2020年　　月　　日　（　　） | | | |
| フリガナ |  | | 年齢 | 性　別 |
| 氏　名 |  | | 歳 | 男　・　女 |
| 現住所 | 〒 | | | |
| 連絡先 | 電話： | | | |
| 携帯： | | | |
| Email : | | | |
| 学校名 |  | | | |
| 希望日 | インターンシップ | 月　　　　日　　　　曜日 | | |
| 再就職支援研修 | 月　　　　日　　　　曜日 | | |
| 希望病棟 | ・１病棟（精神科急性期・閉鎖病棟） | | | |
| ・2下病棟（精神科亜急性期・閉鎖病棟） | | | |
| ・3病棟（精神科療養型・開放病棟） | | | |
| ・6病棟（認知症病棟） | | | |
| ・7東病棟（重症心身障害児（者）病棟） | | | |
| ・7西病棟（重症心身障害児（者）病棟） | | | |
| その他 | \* 特に体験してみたい具体的内容があればお書き下さい。 | | | |

\*この用紙使ってメールして頂くか、電話で連絡してください。

メールアドレス: morizumi.ryouji.kg@mail.hosp.go.jp