

申込日：平成29年 月 日

地方独立行政法人 岐阜県総合医療センター

## 2017年8月12日インターンシップ参加申込書

学校・学科名			
卒業見込み年	平成 年 3月卒見込	取得予定資格 *〇をつけてください	助産師・看護師・保健師
氏名	※ふりがなもご記入ください		
連絡先	〒 ( )	男性・女性	
連絡先 希望部署	TEL ( )		
	E-mail		
	外科系 ( ) 内科系 ( ) 小児系 ( ) NICU ( ) 母性 ( ) 救命センター ( ) 手術室 ( ) *希望順に ( ) の中に1~3の番号を付けてください。		

開催日：平成29年8月12日(土)

時間：9:00~15:30(9:00集合)

場所：岐阜県総合医療センター 情報交流棟3階 講堂

※申込締切日：8月2日(水) 必着

### 《参加申込方法》

申込用紙に必要事項をご記入のうえ、郵送又はFAXしていただくか、メールにて必要事項を送信してください。尚、病院ホームページ(看護部ページ)のお問い合わせフォームからお申込可能です。

※体験部署につきましては、お申込締切日以降に当方よりご案内させていただきます。

- 郵送の場合：〒500-8717 岐阜市野一色4丁目6番1号  
岐阜県総合医療センター 人材センター部 宛
- FAXの場合：058-248-3805
- メールの場合：[nurseinfo@gifu-hp.jp](mailto:nurseinfo@gifu-hp.jp) まで

### 《問い合わせ先》

岐阜県総合医療センター 人材センター部

TEL：058-246-1111(内線 5539) FAX：058-248-3805