

申込日：平成 年 月 日

地方独立行政法人 岐阜県総合医療センター

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 *O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		男性 ・ 女性
連絡先	〒 住所： TEL () E-mail：		
参加希望日	7 月 21 日 (土) ・ 8 月 4 日 (土)		
希望部署	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。		

時 間：9：15～15：30 (受付は9：15～9：45迄です。それまでに受付及び更衣を済ませて下さい。)

場 所：岐阜県総合医療センター 情報交流棟3階 講堂

※各回定員 40 名です。定員を満した場合は、締切日前に受付を終了させていただく場合がございますのでご了承ください。

《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もお申込可能です。

※申込方法によって申込締切日が異なりますので、チラシをご確認のうえお申込ください。

- 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 まで

※受付後、当院の「nurseinfo@gifu-hp.jp」から受付完了メールを送信いたしますので、あらかじめ PC メール受信許可設定を行なって下さい。1 週間経っても返信メールが届かない場合は、お手数ですが下記までお問合せ下さい。

《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