

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**

学校名		学科名	
卒業見込み年	平成 年 3月卒見込	取得予定資格 *○をつけてください	看護師 ・ 保健師 ・ 助産師
ふりがな氏名	※ふりがなもご記入ください	年齢	年齢 ( 歳)
		性別	男性 ・ 女性
連絡先	〒 - 住所： TEL ( ) - E-mail：		
参加希望日	月 日	/	
希望部署	第1希望 ( ) 第2希望 ( ) 第3希望 ( ) ※下記の体験部署より第3希望までお選びのうえ、カッコ内にご記入ください。 A:外科系 ・ B:内科系 ・ C:小児系 ・ D:NICU ・ E:母性 ・ F:救命センター ・ G:手術室		

《参加申込方法》

申込用紙に必要事項をご記入のうえ、郵送または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。

なお、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。

- 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

※各日定員40名です。定員を満了した場合は、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。

《注意事項》

※当方担当者より受付完了メールを送信いたします。そのメールをもって受付完了と致しますので、1週間経っても返信がない場合はお手数ですが下記までお問合せください。なお、携帯メールアドレス [★@ezweb.ne.jp] [★@docomo.ne.jp] [★@softbank.ne.jp]など) をご利用の場合は、あらかじめ **nurseinfo@gifu-hp.jp** から **の受信許可設定**を行なって下さい。

※体験部署につきましては、体験日当日の受付時にお渡しする名札に記載いたします。

※開催日によって受付開始日・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。

《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