別記様式1

「令和3年度 宮崎県立病院サマープログラム・インターンシップ」参加申込書

ふりがな		性 別	（ 男性 ・ 女性 ）
氏　名		生年月日 年 齢	（S・H　　年　　月　　日生）（　　）歳
学校名		取得予定 免許	（ 看 ・ 助 ・ 保 ）
学 部・学科			
本人 連絡先	〒 住所： 電話番号（携帯電話等）： メールアドレス（※PCからのメール受信できるものを必ず記入）：	白衣のサイズ （手術室を希望された方のみ）	（ S ・ M ・ L ・ LL ）
保護者 連絡先	〒 住所： 電話番号（携帯電話等）：		
コロナワクチンについて	＊新型コロナワクチン予防接種の状況について、該当する箇所に☑を入れてください。 1回予防接種済みの方、1度もしていない方は分かる範囲で予定をご記入下さい。 □2回予防接種済みである　□1回予防接種済みである（次回予定日：　　） □1度も予防接種していない（予定：　　）		
インターンシップ希望	※希望する病院は1つ選択してください。※参加日と診療科は第2希望までお書きください。 ※延岡病院は前日（午前9時より）延岡病院でPCR検査（自費：5,000円）が必要となります。 ※希望多数の場合、日程もしくは診療科の変更をお願いすることがあります。		
希望病院	希望する病院を○で囲んでください	宮崎病院　・　日南病院　・　延岡病院	
日　程	インターンシップ希望日 （8月3日～8月6日）	第1希望日	
		第2希望日	
希望診療科について	希望する診療科 （下記の中から選択してください）	第1希望	
		第2希望	
	宮崎病院・・・一般内科系、循環器科、一般外科系、整形外科、脳外科系、手術室 日南病院・・・地域包括ケア、一般内科系、循環器科、一般外科系、整形外科、脳外科系、小児科、母性、HCU、手術室 延岡病院・・・一般内科系、循環器科、一般外科系、整形外科、脳外科系、ICU、HCU、手術室、救命救急センター		

＊インターンシップで特に体験・見学したい内容にチェック☑を入れてください。複数回答可。

□ 看護師と患者さんとの関わり　□ 患者さんとのｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ　□ バイタルサイン測定

□ 診療科独自の検査や処置　□ 日常生活援助　□その他（　　）

＊体験・見学を希望した理由・動機にチェック☑を入れてください。複数回答可。

□県立病院への就職を考えているから　□宮崎県内での就職を考えており参考にしたいから

□実習では経験できないから　□ その他（　　）

＊現在の進路希望を教えてください。（複数回答可）

□県立病院へ就職を希望している　□県内の病院へ就職を希望している。

□県外の病院へ就職を希望している　□迷っている

□その他（　　）

＊新型コロナウイルス感染症の影響でインターンシップが中止の場合、オンライン病院説明会（8月6日予定）への参加を希望しますか？

□希望する　□希望しない

申込み先 及び お問い合せ先	宮崎県病院局経営管理課　看護対策担当（松山・外園 ） 住所：宮崎県宮崎市橘通東2丁目10番1号　TEL：0985-26-0224／FAX：0985-26-7341