

FAX 011-691-1000

宛先：北海道立子ども総合医療・療育センター看護部 菅原

メールに添付 アドレス：shonisogo.kangobu@pref.hokkaido.lg.jp 件名：申し込み

郵送 〒006-0041 札幌市手稲区金山1条1丁目240番6

就職説明会・施設見学会および就職希望者インターンシップ（職場体験）申し込み用紙

ふりがな

氏名： 性別：

生年月日：

学校名： 学年：

郵便番号：

住所：

電話番号：

1. 希望する月日（第3希望まで）を記入してください。

第1希望	平成	年	月	日	曜日
第2希望	平成	年	月	日	曜日
第3希望	平成	年	月	日	曜日

2. インターンシップ（職場体験）の希望部署を記入してください。

①療育部門は2つの病棟の中から、第1・第2希望の番号を記入してください。

②医療部門は6つの病棟と「どこでもよい」の中から、第3希望まで番号を記入してください。

① 療育部門

医療・母子病棟	整形外科手術後やリハビリテーションを受けている患児の療育（看護）を行っている病棟	第	希望
生活支援病棟	日常生活の自立に向けたリハビリテーションを受けている患児の療育（看護）を行っている病棟	第	希望

②医療部門

A病棟	内科系疾患をもつ患児の看護を行っている病棟	第	希望
B病棟	周手術期にある患児の看護を行っている病棟	第	希望
新生児病棟	在宅（退院）に向かう新生児期・乳児期にある患児の看護を行っている病棟	第	希望
NICU	新生児集中治療室	第	希望
PICU	集中治療室	第	希望
どこでもよい		第	希望

3. 感染症の罹患歴およびワクチン接種歴

感染症名	罹患歴	ワクチン接種歴（最終接種歴）
麻疹（はしか）	あり（年 月）・なし	年 月 日
風疹（三日はしか）	あり（年 月）・なし	年 月 日
水痘（みずぼうそう）	あり（年 月）・なし	年 月 日
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	あり（年 月）・なし	年 月 日
インフルエンザ		年 月 日

4. 個人情報の提供について

採用（看護師採用選考募集要項）に関するお知らせをするにあたり、個人の住所、連絡先などの個人情報を当センターから北海道立病院局病院経営課人材確保対策室に提供することに同意します。

氏名：