

# 2026年度 日本バプテスト病院

## 看護師インターンシップ申込書

ふりがな			性別	男・女
氏名				
生年月日	年 月 日	年齢	歳	
現住所	〒	出身地		
電話番号			E-mail	
看護大学名 or 看護学校名			卒業	年 月 日
			卒業見込み	卒業・卒業見込み
その他、希望や質問事項があれば記入して下さい				
※今回、何を見て応募しましたか？（ ）				
体験希望日 右欄の□にいずれかに■チェックして ください。	<input type="checkbox"/> 3月25日(水) <input type="checkbox"/> 3月26日(木) <input type="checkbox"/> 3月27日(金) <input type="checkbox"/> 7月22日(水) <input type="checkbox"/> 8月5日(水) ※当日は病院受付にて、 <u>看護部インターンシップの参加の旨をお伝えください。</u>			

【希望する研修場所】 ※第3希望まで数字でご記入ください。

	一般外科病棟 (周手術期)		緩和ケア病棟
	一般内科病棟		手術室

### 【インターンシップ概要】

実際に病棟看護師と共に就業体験をしていただき、  
当院の看護について理解を深めていただく機会とします。

### 【申込み方法】

当申込書に入力後、〆切までにメール添付又はFAXにて送付いただきますようお願いします。

#### 【申込先】

日本バプテスト連盟医療団 日本バプテスト病院  
〒606-8273 京都市左京区北白川山ノ元町47番地

TEL：075-702-5920 (看護部直通)

FAX：075-702-8428 (看護部直通)

E-mail：[entry.ns@jbh.or.jp](mailto:entry.ns@jbh.or.jp)