群馬県立病院薬剤師インターンシップ申込書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名前 |  | 性別 | 男 ・ 女 | 年齢 | (R2.3.31現在)  歳 |
| 学校名、学年または  勤務先名 |  | | | | |
| 連絡先住所  電話番号 |  | | | | |

○感染症の罹患歴または予防接種の有無等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 感染症名 | 罹患歴の有無 | 予 防 接 種 | 抗体価 |
| 麻　疹 | 有 ・ 無 | 未 ・ 済 （１回・２回） ・ 不明 |  |
| 風　疹 | 有 ・ 無 | 未 ・ 済 （１回・２回） ・ 不明 |  |
| 水　痘 | 有 ・ 無 | 未 ・ 済 （１回・２回） ・ 不明 |  |
| 流行性耳下腺炎 | 有 ・ 無 | 未 ・ 済 （１回・２回） ・ 不明 |  |

　　※抗体価の数値が基準（下記参照）を満たさない場合は、インターンシップ参加決定後、開催日の１ヵ月前までに予防接種を受けてください。

　　　　ただし、予防接種を２回受けている場合は、“抗体価あり”とみなします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 麻 疹 | 風 疹 | 水 痘 | 流行性耳下腺炎 |
| 抗体価基準値 | 16.0 以上 | 8.0 以上 | 4.0 以上 | 4.0 以上 |

　　　※抗体価基準値は、県立４病院とも同じ値です。（EIA法）

○参加を希望する病院（下記のいずれか１つに○を付けてください）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 開催病院名 | 開催日時 |
|  | 心臓血管センター | ３月１２日(木)  １０時００分～１５時００分 |
|  | がんセンター | ２月２６日(水)  １０時００分～１５時００分 |
|  | 精神医療センター（第１回） | ３月４日(水)  ９時００分～１６時００分 |
|  | 精神医療センター（第２回） | ３月１８日(水)  ９時００分～１６時００分 |
|  | 小児医療センター | ３月９日(月)  １０時００分～１５時００分 |

○参加を希望する病院での実習経験の有無（いずれかに○を付けてください）

　　　　　　　　　　実習経験あり　　　・　　実習経験なし