



平成 28 年度 看護学生インターンシップ

当院に就職を考えられている方、病院の雰囲気を見てみたい方を対象に「インターンシップ（職業体験）」を行います。実際の仕事や病院の雰囲気を体験することで、自分に合う職場かどうかなどを確認することができます。ご自分の将来を考える機会として、ぜひ参加してください。

- 【目的】 ☆就職後の自分の働く姿をイメージできる
 ☆自分に合う職場かどうか判断できる
 ☆職場選択をするうえでの参考となる

- 【対象】 看護学生；☆平成 29 年 3 月卒業予定で、当院に就職を考えている方
 ☆病院の雰囲気を実際に体験したい方



- 【日時】 各回 2 日間

☆第 1 回；平成 28 年 8 月 2 日（火）・3 日（水） 各日 10 時～16 時

☆第 2 回；平成 27 年 8 月 4 日（木）・5 日（金） 各日 10 時～16 時

- 【人数】 各回 10 名 ※定員になり次第締め切らせていただきます。

- 【持ち物】 ユニフォーム、ナースシューズ(白を基調としたスニーカー等でも可・サンダルは不可)
 髪の高い方は、髪の毛をまとめるゴムやピンなど、名札

- 【研修場所】 一般病棟（脳神経外科、神経内科、外科系、内科系、循環器系、他）
 ＊希望があれば申込書へ記入してください。ただし、希望に添えない場合もありますのでご了承ください。

- 【研修内容】 ☆看護師と共に行動し、患者の日常生活援助・診療の補助を行います。
 ☆記録は行いません。

☆1 日目

10:00～10:15	10:15～10:30	10:30～12:00	12:00～13:00	13:00～16:00
オリエンテーション 病院・看護部の説明	病院内見学	病棟体験	昼食・休憩	病棟体験

☆2 日目

10:00～12:00	12:00～13:00	13:00～15:30	15:30～16:00
病棟体験	昼食・休憩	病棟体験	振り返り

- 【その他】 ☆昼食は準備いたします。
 ☆インターンシップで知り得た情報は、絶対に第三者に漏らさないこと。インターンシップ終了後も同様です。（参加申込書の誓約書にサインをお願いします）
 ☆インターンシップ中の事故等については、自らの責任において対応してください（障害保険および賠償責任保険等）。
 ☆宿泊を希望される方は、申込書にご記入ください。当病院の関連施設、絆ガーデンを準備いたします。

- 【申込方法】 別途参加申込書と学生証のコピーを郵送してください。

- 【申込締切】 平成 28 年 7 月 11 日（月）必着

- 【問い合わせおよび申込先】 一般財団脳神経疾患研究所 附属 総合南東北病院
 〒963-8563 福島県郡山市八山田 7 丁目 115

TEL:024-934-5604・FAX:024-934-6822（看護管理室）

E-mail ; h.horiguchi@mt.strins.or.jp 担当 看護管理室 堀口

平成 28 年度 看護学生インターンシップ参加申込書

一般財団法人脳神経疾患研究所 附属 総合南東北病院 看護部

(ふりがな) 氏名		性別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日生 (歳)
現住所 連絡先	〒		
	電話； ()	携帯電話；	()
	メールアドレス；		
家族住所	〒		
	電話； ()		
学校名 (学科)	現 () 年生 () 年 3 月卒業予定		
希望診療科	第 1 希望；	第 2 希望；	
希望日	*希望する回にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 第 1 回；平成 28 年 8 月 2 日 (火) ・ 3 日 (水) <input type="checkbox"/> 第 2 回；平成 28 年 8 月 4 日 (木) ・ 5 日 (金)		
交通手段 宿泊希望 (該当項目にチェックして下さい)	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 (<input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> その他 出発最寄駅名；) <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 宿泊希望 (希望される方へ、後日詳細をご連絡いたします)		
希望や質問等があれば記入してください			
<p><研修および個人情報保護にかかる誓約書></p> <p>私は、インターンシップにおいて、下記の事項を守ることを誓います。</p> <p>1.総合南東北病院の職務規定に準じ、研修を行います。</p> <p>2.病棟実習等において知り得た患者情報および家族に関する個人情報を、研修ならびにその終了後も外部に漏らさないことを誓約いたします。</p> <p style="text-align: right;">_____年 _____月 _____日</p> <p>一般財団法人 脳神経疾患研究所 附属 総合南東北病院 院長 寺西 寧 殿</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印 _____</p>			