

夏季インターンシップ案内

社会医療法人渡邊高記念会

西宮渡辺病院 看護部

1. 目的

- 1) 就業体験を通して病院をより身近に感じ、将来に看護師として勤務することへの自覚を育てる。
- 2) 仕事内容や職場の状況を知り、看護職を取り巻く医療環境に対して適応力を養う。

2. 参加対象

看護学生

3. 実施時期・参加者数

令和1年 8月6日(火)、14日(水) 8月20日(火)、28日(水)

のいずれかの希望日

* 但し、希望が重なり予定数を超えた場合は、当院で調整させていただきますのでご了承ください。

一人1日コース(各日とも9:00~16:00)

参加者数:1日2人程度

4. 実施内容

- 1) 病院・看護部概要の説明および見学
- 2) 看護体験実施・看護師と行動をともにし、患者の日常生活援助を行う。
- 3) 先輩看護師等との懇談・交流
- 4) アンケート記入

5. 参加費用

無料

昼食(病院内の食券配布) 交通費(自己負担)

6. 応募方法

申し込み用紙を下記までFAX 又は郵送してください。

電話での申し込みも受け付けます。応募締め切りは実施日1週間前までとします。

<応募先及び問い合わせ先>

〒662-0863 西宮市室川町10番22号

西宮渡辺病院 看護部(担当 村上)

[TEL:0798 \(74\) 1771](tel:0798741771) FAX:0798 (74) 7257

7. その他

- 1) ユニホーム、ナースシューズ、筆記用具を持参してください。
- 2) 当日、朝に体温を測定し、36.9℃以下であることを確認して下さい。
- 3) 参加当日は1階受付前に9:00にお越しください。
- 4) ウイルス性感染症(麻疹・風疹・水痘・ムンプス)の抗体価結果またはワクチン接種証明書を当日持参いただきますようよろしくお願いいたします。

西宮渡辺病院 夏季インターンシップ参加申込書
(兼 個人情報保護に関する誓約書)

令和 年 月 日

西宮渡辺病院 院長 殿

申込者氏名 印

下記のとおり貴院のインターンシップ体験に参加を申し込みます。

尚、個人情報の保護に関する法律に基づき、参加に際して知り得た患者様の個人情報については、本体験研修以外の目的には使用せず、第三者には漏らさない等プライバシーの保護に留意することを誓約します。

フリガナ 氏 名	生年月日
	年 月 日 性別 男 ・ 女
在籍校	(学年)
現住所 (連絡先)	〒 電話番号:
希望日	令和1年 第1希望 月 日 () 第2希望 月 日 () 第3希望 月 日 ()
応募動機	