

夏季インターンシップ案内

社会医療法人渡邊高記念会
西宮渡辺心臓脳・血管センター看護部

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

平成 29 年 8 月 7 日 (火)、8 日 (水) 14 日 (火)、15 日 (水)
8 月 21 日 (火)、22 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 5 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. 当日のスケジュール (別紙)

6. 参加費用

無料

昼食 (病院内の食券配布) 交通費 (自己負担)

7. 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>

〒662-0911 西宮市池田町 3 番 25 号

西宮渡辺心臓脳・血管センター 看護部 (担当 丹下)

[TEL:0798 \(36\) 1880](tel:0798361880) FAX: 0798 (36) 1199

8. 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) 参加当日は西宮心臓・血管センター1階受付前に 8:50 にお越しください。
- 3) ご不明な点がありましたらお気軽にご連絡ください。

西宮渡辺心臓・血管センター 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)

平成 年 月 日

西宮渡辺心臓脳・血管センター 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	平成29年	第1希望	月	日	()
		第2希望	月	日	()
		第3希望	月	日	()
希望部署	希望する部署があれば記入ください	第1希望	第2希望	第3希望	
	外来・救急外来・カテ室	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ICU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	SCU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	一般病棟(脳外科系・循環器系)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
応募動機					