

インターンシップのご案内

2019年7月1日(月)~8月30日(金)

一般病棟

障害者
病棟

療養病棟

体位変換、食事介助、入浴介助など実際の業務を体験してもらいます！

- 期日** 期間内で毎日実施しています。
日数をご相談下さい。
- 持参物** ユニフォーム、ナースシューズ
- 宿泊施設** 病院近くの社宅を無料で利用できます。
- 交通費** 道外から来院される学生の交通費は当院にて負担致します。
(3日間以上業務体験の場合に限る)
道内からの学生は、場所・日程により異なります。

申込用紙を看護部までFAXにて
お送りいただくか、電話・メール
にてご連絡下さい。





インターンシップ申込用紙

日高徳洲会病院 看護部 行

FAX : 0146-45-0091

1. ふりがな
氏名 _____ 年齢 _____ 歳
2. 連絡先
住所 〒 _____
-
- 電話 _____
携帯 _____ E-mail _____
3. 学校名及び学年（既卒の方は最終学校名および免許取得年を記入）
学校名 _____ 年生 _____ (_____ 年取得)
4. 希望体験場所（下記より選択）
 一般病棟 障害者病棟 療養病棟
※複数箇所体験希望の場合は、希望の場所を全てチェックして下さい。
5. インターンシップ希望日
_____ 月 _____ 日 () ~ _____ 月 _____ 日 ()
6. 下記疾患について分かる範囲で記入して下さい。
①麻疹 罹患 _____ 才頃 (ワクチン接種 有・無)
②風疹 罹患 _____ 才頃 (ワクチン接種 有・無)
③水痘 罹患 _____ 才頃 (ワクチン接種 有・無)
④流行性耳下腺炎 罹患 _____ 才頃
⑤結核 BCG 摂取 (有 ・ 無)
7. 宿泊の希望について
宿泊施設の利用を _____ 希望する ・ 希望しない
8. 来院方法
飛行機 ・ JR ・ 自家用車

※E-mail、電話にての申し込みも可能です。

※申し込み受付後に、電話にて受付完了のご連絡をさせていただきます。

(お問い合わせ先) TEL : 0146-42-0701

Mail: nurse@hidakatokushukai.com

