

静仁会静内病院

# インターンシップ

のご案内

2018年7月2日(月)～8月31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 来院時の交通費は当院で負担致します。
- ☪ その他 インターンシップ日数分のアルバイト料を支給します。

## [ 申込方法 ]

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

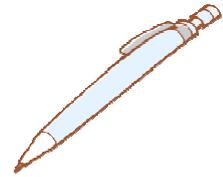
[お問い合わせ先] TEL : 0146-42-0701 FAX:0146-45-0091  
MAIL:ssakura@sejinkai.net (担当:細川・山下)



# インターンシップ申込用紙

FAX 0146-45-0091  
静仁会静内病院 看護部 行

1. ふりがな 氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳
2. 連絡先  
住所 〒 \_\_\_\_\_
- |          |              |
|----------|--------------|
| 電話 _____ | FAX _____    |
| 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。



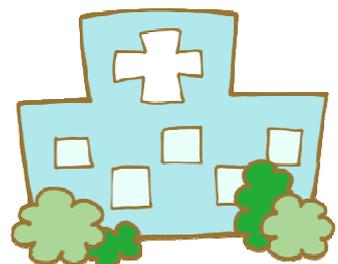
5. インターンシップ希望日  
\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ ） ～ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（ ）

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。