

看護学生インターンシップのご案内

公立野辺地病院 看護局

公立野辺地病院では、看護学生のインターンシップを受け入れています。

1. 実施場所

公立野辺地病院

2. 実施期間

平成 26 年度 8 月毎週水曜日 (6 日、13 日、20 日、27 日)

9 月第 1・2 水曜日 (3 日、10 日)

* 上記の日程でご都合が合わない場合には、ご相談下さい。

25 年度は、3 月春休み期間などにも実施しております。

3. 内容

①施設見学

②看護実践の見学

③看護実践の一部体験

半日コース (9:00~12:00) : 施設見学、病棟での看護実践の見学

1 日コース (9:00~14:30) : 施設見学、病棟での看護体験、意見交換

* ご希望の日程及び診療科を優先いたしますが、ご希望に沿えないことがありますので、第 2 希望まで記入してください。

4. 応募締切

希望する実施日の 2 週間前までに申し込みをお願いします。

5. 準備するもの

病院実習で着用しているユニフォームとシューズ、名札と筆記用具を準備してください。

1 日コースの方には、患者さまと同じ昼食を体験していただきます。

6. 申し込み方法

別紙「看護学生インターンシップ参加申込書」

この書類に必要事項をご記入のうえ、FAX にてお申込みください。

FAX : 0175-64-5571

7. 問い合わせ先

〒039-3141 青森県上北郡野辺地町字鳴沢 9-12

公立野辺地病院 総看護長 前田 まで

TEL : 0175-64-3211 (内線 502)

FAX : 0175-64-5571

看護学生インターンシップ 申込書

(兼 個人情報保護に関する誓約書)

平成 年 月 日

公立野辺地病院 院長 殿

申込者署名 _____ (印)

下記のとおり、貴院の「看護学生インターンシップ」に申し込みます。

なお、個人情報に関する法律に基づき、参加に際して知りえた患者さまの個人情報については、目的以外に使用せず、第三者には漏らさないようプライバシーの保護に留意することを誓います。

ふりがな 氏名		生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日 (才)	性別	男 女
在籍校						
現住所 〒						
連絡先 〒						
日中の連絡先(当院から連絡を差し上げる場合があります)						
体験希望日	第1希望日・コース	平成	年	月	日	半日 ・ 1日
	第2希望日・コース	平成	年	月	日	半日 ・ 1日
体験希望診療科等	右記診療科・部署から選択してください		内科 ・ 外科 ・ 整形外科			
	第1希望()		医療療養病棟 ・ 併設型老人保健施設			
	第2希望()		地域医療連携室 ・ 訪問看護ステーション			
インターンシップに応募された動機や要望事項などをお書きください。						