

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。

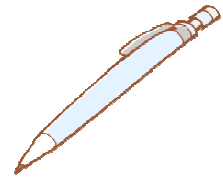
[お問い合わせ先] TEL : 0146-42-0701 FAX:0146-45-0091
MAIL:ssakura@sejinkai.net (担当:細川・山下)



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。



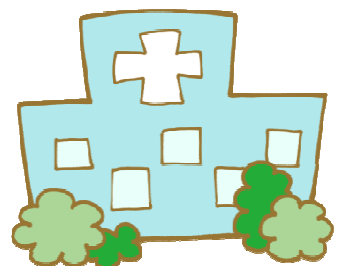
5. インターンシップ希望日
_____ 月 _____ 日（ ） ～ _____ 月 _____ 日（ ）

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。