

平成 25 年度 インターンシップ（看護職場体験）

私たちは、医療法人青仁会 池田病院（以下 池田病院）の看護を広く知っていただくために、インターンシップを行っております。

是非、急性期医療から在宅支援まで行っている地域密着型の池田病院での看護を体験してみませんか？

■ ねらい

1. インターンシップを通して池田病院の特徴や職場環境を知ることができます。
2. 池田病院の看護実践を見学または体験することができます。
3. 看護師として就職準備や心構えについて考える機会となります。

■ 対象者

- ① 平成 26 年 3 月卒業見込みの学生（看護師見込・保健師見込）
- ② 看護師免許をお持ちの方

※ 当日は、看護師免許の写し又は学生証をご持参下さい。

■ 体験内容

オリエンテーション（病院・看護部・病棟について）を行います。

日常生活援助（環境整備・患者搬送・清潔介助など）を看護師と一緒にを行います。

■ 参加費

無料

■ 実施期間

平成 25 年 8 月 19 日（月）～ 平成 25 年 8 月 23 日（金）までの平日 2 日間

時間 8：30 ～ 16：00

■ 体験時の服装

実習用白衣・白い靴を各自準備して下さい。

■ 宿泊

遠方より来られる方で希望者のみ宿舎を準備します。

(宿泊期間：インターンシップ前日から最終日朝まで)

■ 申込期間

希望研修期間の2週間前までにお問い合わせ致します。

■ 申込方法

別紙、インターンシップ参加申込書をご記入または入力後、郵送・FAX・メールにて受付を致します。

参加決定後は、案内通知をお送り致します。

(お申し込み・お問い合わせ先)

〒893-0024

鹿児島県鹿屋市下祓川町 1830 番地

医療法人青仁会 池田病院 看護部長 前野、総務課 宮内

電話 : 0994-43-3434 FAX : 0994-40-1117

メールアドレス : kangobu@ikedahp.com

以上

平成25年度インターンシップ参加申込書

フリガナ		性別		年齢	
氏名		生年月日	年 月 日		
看護学校名					
現住所	〒 -				
電話番号					
平日昼間の連絡先					
メールアドレス					
希望期間	第1希望	月	日	～	月 日
	第2希望	月	日	～	月 日
	第3希望	月	日	～	月 日
宿泊希望	該当するものに○をつけて下さい。 () 希望する () 希望しない				
職場体験に応募した動機、希望などをご記入下さい。					

傷害保険	該当するものに○をつけて下さい。 () 加入している () 加入していない				

医療法人青仁会池田病院では「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、個人情報の適正な取り扱いに努めております。
 この個人情報はインターンシップ期間終了後、当院にて責任をもって保管、破棄致します。