

～夏のインターンシップのお知らせです～

1,2年生の参加也大歓迎
です！

土曜日は時間短くコパ°外にイタ
-ソツッ°ご参加いただけます！



- 【実 施 期 間】 2017年7月3日(月)～2017年9月29日(金)
※第1. 3土・日・祝日は除きます
- 【コース内容詳細】 ①インターナショナル[®] : 1日コース ・ 2日コース ・ 3日コース
②病院見学
- 【参 加 費 用】 参加費用は必要ありませんが、交通費は自己負担となります。
- 【持 ち 物】 ①インターナショナル[®] 参加者: ユニフォーム・ナースシューズ
※土曜日参加の場合は昼食
②病院見学者: ナースシューズ
- 【申 込 方 法】 電話またはFAX、Eメール ※希望日の1週間前まで
- 【申込・お問合せ先】 事務課 遊佐・成田・原島
TEL: 042-639-1110(直通) FAX: 042-639-1112
Eメール: nurse8@hachioji-hosp.tokai.ac.jp

※ 日曜、祝日、第1・第3土曜日は休診日のため、申し訳ございませんが受付できません。

★★★★★ 1 日 コー ス の 流 れ ★★★★★

8:30 集合 出席確認後、更衣室で着替え

8:50 研修病棟発表と諸注意

9:00~12:30 病棟でインターンシップ^o

12:30~13:30 昼休み<昼食>

13:30~14:00 病院と看護部について説明後、院内見学(病院見学者はここから参加)

15:00~15:30 意見交換会・質疑応答

15:30～15:45 アンケート記入、着替え後解散

土曜日は 14:20 終了のスケジュールでご案内します。



☆☆

☆お電話やEメールでお申込みされる場合には、下記の内容をお知らせ下さい。

☆申込締切：参加希望日の1週間前

FAX

東海大学八王子病院

FAX 042-639-1112 TEL 042-639-1111 e-mail nurse8@hachioji-hosp.tokai.ac.jp

送 信 先	東海大学医学部附属八王子病院	送 付 日	月 日 午前・午後 :
	事務課 インターンシップ [※] 担当者 宛	送付枚数	1 枚(本状含む)
F A X		送 信 者	
【 要 件 】	インターンシップ [※] ・病院見学 参加申込み		
＜ 申 込 用 紙 ＞			
フリガナ			
氏 名 :			
住 所 :			
電話番号(携帯電話):			
在籍(卒業)学校: (3年制 ・ 4年制)			
現在の学年: 年			
参加希望日: 第1希望() ・ 第2希望()			
希望コース: *○印をつけてください 1日コース ・ 2日コース ・ 3日コース ・ 病院見学			
体験希望部署(*下記()内に希望順位1~3の数字を記入ください。一般病棟希望者は診療科も記入)			
◎一般病棟()→希望診療科【 】			
◎小児病棟() ◎産婦人科病棟() ◎ICU/CCU()			
◎手術室() ◎救急センター()			
宿泊希望の有無: 有 ・ 無 ○印をつけてください *遠方の方のみ			
過去に当院のインターンシップ [※] 、病院見学に参加したことがある 有 ・ 無 ○印をつけてください			

☆申込み受付後にご案内のハガキを送付いたします。当日はそのハガキの詳細を確認の上、お越しください。