

# 看護学生の皆様へ ～春のインターンシップのお知らせです～

1,2年生の参加も大歓迎  
です！



【実施期間】 2018年2月1日(木)~2018年3月23日(金)

※土・日・祝日は除きます。

※3/6・3/7・3/19は病院都合により、申し訳ございませんがお申込みいただけません。

【コース内容詳細】 ① インターネット：1日]-> • 2日]-> • 3日]->

## 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イターネット参加者：ユニフォーム・ナースシューズ

## ②病院見学者：ナースシユーズ

【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-mail : nurse8@hachioji-hosp.tokai.ac.jp

※ 曜日、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。

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

当日の患者食を食べます☆

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



☆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	東海大学医学部付属八王子病院	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。