

平成29年度（リハビリ）インターンシップのご案内

さがみリハビリテーション病院では、職場体験を希望されるリハビリ学生（PT・OT・ST）の学生の皆様を対象とし、下記の日程にて、リハビリテーション科でのインターンシップを開催いたします。実際に行われている患者様との“リハビリの様子”・“職場環境（先輩職員の様子）”・“教育体制などに触れることで、自己の入職後のイメージが確認でき、当院をより理解して頂けることが出来ると考えております。

5月	10日（水）、24日（水）	9月	13日（水）、27日（水）
6月	14日（水）、28日（水）	10月	11日（水）、25日（水）
7月	12日（水）、26日（水）	11月	8日（水）、22日（水）
8月	9日（水）、23日（水）	12月	13日（水）、27日（水）

*他の開催日をご希望される場合は、ご相談ください。（*開催日の1週間前が締切日）

*土・日・祝祭日をご希望の方は、下記担当者までお気軽にご相談ください。

■定員：各回 4名まで

■対象者：① 就職先が決まっていない方

② 奨学金を借りていない方（*県・市の就職地域指定があるもの）

■インターンシップ内容

（1日体験）*体験の日程時間：9：30～16：30

9：30～ オリエンテーション

10：00～ リハビリ見学（リハ担当）、施設見学

12：15～ 昼食（1時間）*1・2年目職員と一緒に食事

13：15～ リハビリ見学 or カンファレンス見学

14：30～ 職種説明、質疑応答（リハ担当）

15：30～ 福利厚生の説明、アンケート 等

16：30 終了予定

※ 日により、見学内容が変わります！（入院・外来・通所・訪問など）

※ 当日のお食事については、当院にて“お弁当”をご用意させていただきます。



【持参して頂く物】

- 服装 *ケース（実習着）
- 靴
- 筆記用具

■応募方法

申込み用紙に必要事項を記入の上、“郵送”または“FAX”にてお申し込み下さい。

※交通費・宿泊費等は、自己負担にてお願いいたします。

【郵送先】 〒252-0254 神奈川県相模原市中央区下九沢 54-2

さがみリハビリテーション病院 総務課 採用担当 橋本、三留 宛

【申込先】 (FAX) 042-774-0069

(*申込み用紙をFAXされた後に、TELにて申込確認をお願い致します。)

【お問合せ先】

(担当者) 総務課 橋本（はしもと）、三留（みとめ）

(TEL) 042-773-3213 *総務課直通

平成29年度 インターンシップ申込書（「PT・OT・ST」を目指す学生）

インターンシップに参加希望の方は、本申込用紙にご記入の上、“郵送”または“FAX”にて、お申込みください。

さがみりハビリテーション病院 インターンシップ参加 職種、希望(相談)日	* 別紙の日程以外をご希望の方は、“相談①・②”にご希望日を記入してお申込み頂き、ご連絡ください。(FAX) 【職種】 () PT () OT () ST 【希望】 候補 ① _____ 月 _____ 日 () 候補 ② _____ 月 _____ 日 () 【相談】 希望 ① _____ 月 _____ 日 () 希望 ② _____ 月 _____ 日 ()
--------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※本書面の個人情報については、翌年3月31日以降、当院にて管理・破棄を致します。

フリガナ	
氏名	() 女 () 男
生年月日	() 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) * 現在の年齢 () 平成
住所	〒 _____ 【最寄駅】 _____ 線 _____ 駅
連絡先	* 電話(“自宅”・“携帯”)は、必ずご記入ください。実習などで連絡が取れない方は、“mail”もご記入ください。 (電話) _____ - _____ * (備考) ※【連絡希望時間】 () 随時可 ・ () 実習・学校 : _____ 以降、() 留守番機能有り (mail) _____ @ _____
学校名	(名称) _____ (学部) (住所) 〒 _____ (養成課程年数) _____ 年間の課程、(現在の学年) _____ 年生
同行者確認	() 有 * 複数名での参加希望の場合のみ【※同行者名: _____】 () 無
緊急連絡先	(氏名) _____ (本人との関係) (電話) _____ - _____ (住所) 〒 _____
インターンシップ参加希望の動機	

【インターンシップ 申込先】 * お申込み後に、TELにて申込確認をお願い致します。

FAX : 042-774-0069

郵送先 : 〒252-0254 神奈川県相模原市中央区下九沢54-2

担当者 : (総務課) 橋本(はしもと)、三留(みとめ)

TEL : 042-773-3213 * 総務課直通