

さがみリハビリテーション病院

令和2年度 看護インターンシップ（職場体験）のご案内

当院では、看護学生または看護師を目指す方を対象にインターンシップを開催しております。先輩看護師の説明を聞きながら職場の雰囲気に触れ、実際の仕事を体験していただく良い機会ですので、ご興味のある方はぜひご参加下さい。

■日 程：

4月	25日（土）	8月	8日（土） 22日（土）
5月	23日（土）	9月	26日（土）
6月	27日（土）	10月	24日（土）
7月	18日（土）	11月	28日（土）

※お申込みが1週間以内の場合には、ご希望に添えない場合がございます。

※いずれの日もご都合がつかない場合は、ご相談も可能です。

■定 員： 各回4名まで

■対象者： 看護学生、看護師を目指す方

■内 容：

13：30～ オリエンテーション（病院・付帯施設の説明）

14：00～ 病棟・リハビリ室 等の見学、体験

15：00～ 質疑・応答、アンケート記入

15：30 終了



■持ち物： ① 実習衣 又は 動きやすい服装（運動着 等） ② 靴（白系） ③ 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。

【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 松本 宛

【FAX 番号】 042-774-0069

※FAXの場合、送信後にお電話にて申込確認をお願い致します。

■その他：交通費は参加者ご自身の負担となりますので、予めご了承をお願いいたします。

【お問合せ先】

（担当者） 【看護部】 島（しま） 【総務課】 松本（まつもと）

（TEL） 042-773-3213 *総務課直通

さがみリハビリテーション病院

令和2年度 看護インターンシップ申込書

“郵送” または “FAX” にて、お申込みください。

参加希望日	<p>* 別紙の日程以外をご希望の方は、“相談 希望①“に、ご希望日 をご記入ください。 【希望】 候補 ① _____ 月 _____ 日 (_____) 【相談】 希望 ① _____ 月 _____ 日 (_____)</p>
フリガナ	
氏 名	() 女 () 男
生年月日	() 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) * 申込時の年齢 () 平成
住 所	〒 _____ 【最寄駅】 _____ 線 _____ 駅
連絡先	<p>* 電話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) _____ - _____ (自宅・携帯) ※↑【連絡希望時間】 () 随時 可 ・ () 実習・学校 : _____ 以降、() 留守番機能有り (mail) _____ @ _____</p>
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	() 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) 〒 _____
職員寮の見学	() 希望しない、希望する【() 現在一人暮らし () 実家暮らし】
インターンシップ 参加の動機	

【申込先】 * お申込み後に、お電話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 : 【看護部】 島 (しま) 【総務課】 松本 (まつもと)

TEL : 042-773-3213 * 総務課直通