

## 令和 2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。

|    |               |     |               |
|----|---------------|-----|---------------|
| 3月 | 11日（水）、25日（水） | 8月  | 12日（水）、26日（水） |
| 4月 | 15日（水）、22日（水） | 9月  | 9日（水）、23日（水）  |
| 5月 | 6日（水）、20日（水）  | 10月 | 7日（水）、21日（水）  |
| 6月 | 10日（水）、24日（水） | 11月 | 11日（水）、25日（水） |
| 7月 | 8日（水）、22日（水）  | 12月 | 9日（水）、23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）、アンケート

15：30～ 求人票・福利厚生の説明、職員寮の見学

16：30 終了予定

※ 日により、見学内容が変わります！（病棟・外来・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。

■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 松本 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 松本（まつもと）

（TEL） 042-773-3213 \*総務課直通



【持参して頂く物】

- 服装 \*ケーシー（実習着）
- 靴 \*実習時同様
- 筆記用具

## 令和 2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<br>インターンシップ参加<br>職種、希望(相談)日 | * 別紙の日程以外をご希望の方は、“相談 希望①・②”に、日程を記入して頂き、お申込みください。(FAX)<br>【職種】 ( ) PT ( ) OT ( ) ST<br>【希望】 候補 ① _____ 月 _____ 日 ( )<br>候補 ② _____ 月 _____ 日 ( )<br>【相談】 希望 ① _____ 月 _____ 日 ( )<br>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<br>( ) 男  |
| 生年月日                          | ( ) 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳) * 現在の年齢<br>( ) 平成   |
| 住 所                           | 〒 _____<br>【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。<br>(電話) _____ - _____ * (備考)<br>※↑【連絡希望時間】 ( ) 随時可 ・ ( ) 実習・学校 : _____ 以降、( ) 留守番機能有り<br>(mail) _____ @ _____ |
| 学 校 名                         | (名称) _____ (学部)<br>(住所) 〒 _____<br>(養成課程年数) _____ 年間の課程、(現在の学年) _____ 年生  |
| 緊急連絡先                         | (氏名) _____ (本人との関係)<br>(電話) _____ - _____<br>(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<br>興味のあること<br>質問内容など | 下記内容に興味がある順番に( )内に 2 つ選択して頂き 1、2 番号を ご記入ください。<br>【医 療】( ) 回復リハ病棟、( ) 療養病棟、( ) 外来<br>【介 護】( ) 訪問リハビリ<br>【その他】( ) 地域支援事業 ※ 教室(介護予防・転倒予防・認知予防)                             |

【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) 松本(まつもと) \* (TEL) 042-773-3213