

春期インターンシップ 開催のお知らせ

就職活動中の看護学生のみなさん、
就業体験してみませんか？

期間 平成31年3月11日（月）～3月29日（金）

☆コース☆

- ・1日間 2日間、3日間(夜勤体験あり、なし) (月曜日始まり)
 - ・夜勤体験は21時まで (コース詳細はコース別実施内容をご参照ください)
 - ・ご希望のコースを選択できます。日程は申込書でご確認ください
- 募集期間：平成31年2月1日（金）から2月28日（木）まで

<多摩北部医療センターの概要>

病床数：344床

病棟数：8病棟、特定集中治療室 HCU

診療科：25診療科

重点医療：救急医療、がん医療

地域医療支援病院



<お申込み・お問い合わせ先>

公益財団法人東京都保健医療公社

多摩北部医療センター

〒189-8511

東京都東村山市青葉町1丁目7-1

TEL 042-396-3811 (代表)

担当：看護部 鎌田・大河原



31年 春インターンシップ - コース別実施内容 -

多摩北部医療センター

コース	日程	8:30	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	
1日 コース	1日			オリエン テーション 病院見学	病棟オリエ ンテーショ ン	休憩 (昼食)	病棟看護体験			懇親会						
		看護体験														
2日間 コース	1日目			オリエン テーション 病院見学	病棟オリエ ンテーショ ン	休憩 (昼食)	病棟看護体験									
	2日目	病棟 看護体験				休憩 (昼食)				懇親会						
3日間 コース	1日目			オリエン テーション 病院見学	病棟オリエ ンテーショ ン	休憩 (昼食)	病棟看護体験									
	2日目								夜勤 オリエン テーション	夜勤業務 見学体験						
	3日目	病棟看護体験				休憩 (昼食)				懇親会						
3日間 コース	1日目			オリエン テーション 病院見学	病棟オリエ ンテーショ ン	休憩 (昼食)	病棟看護体験									
	2日目	病棟看護体験				休憩 (昼食)										
	3日目	病棟看護体験				休憩 (昼食)				懇親会						

※ すべてのコースが月曜日から始まります。月曜日が休日の場合のみ火曜日開始となります

平成 31 年 多摩北部医療センター看護師インターンシップ 申込書

* 多摩北部医療センターインターンシップに参加希望の方は、本申込書を記載して下記まで F A X または郵送して下さい。

フリガナ 氏 名		男 女	写真添付欄 (4cm×3cm) 最近3ヶ月以内 撮影のもの 上半身、脱帽
生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 インターンシップ参加時の年齢 歳		
住 所	〒 ー		最寄り駅 線 駅
電 話 番 号	自宅 :	携帯 :	
所属看護師養成機関	名称 養成課程年数 年間 年生 ※ (公財) 東京都保健医療公社では、将来的にあなたの学校との連携を深めていきたいと考えています。 あなたが今回のインターンシップに参加することを学校に連絡しても良いか質問です。 学校への連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
参加希望コース	<input type="checkbox"/> 1日コース <input type="checkbox"/> 2日間コース (日勤のみ) <input type="checkbox"/> 3日間コース (日勤のみ) <input type="checkbox"/> 3日間コース 日勤+夜勤 (2日目 15時~21時)		
参 加 希 望 日	1日コース ①3月11日 ②3月18日 ③3月25日 2日コース ④3月11日・12日 ⑤3月18日・19日 ⑥3月25日・26日 3日コース ⑦3月11日・12日・13日 ⑧3月18日・19日・20日 ⑨3月25日・26日・27日 希望日①~⑨を選択し以下に数字を記入してください 第1希望 () 第2希望 () 第3希望 ()		
希望病棟または 診療科	第1希望 : 第2希望 : 第3希望 :		
宿泊希望の有無	<input type="checkbox"/> 希望する (指定ホテル) → 宿泊日 (/ · / · /) <input type="checkbox"/> 自宅から通う <input type="checkbox"/> その他 (滞在先住所 :)		
○あなたの健康について質問します。 (1) 1年以内に健康診断を受けたことがありますか。(学校の健診など) <input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 有 () (2) 現在治療中の疾患がありますか。ある場合は差し支えない範囲で状況を記入してください。 <input type="checkbox"/> 無 · <input type="checkbox"/> 有 () (3) その他健康上不安に思っていることがあれば記入してください。 ()			

○インターンシップの志望動機

○その他意見・実習中の要望等あれば自由に記入して下さい。

提出されました書類の個人情報については、インターンシップ実施に必要な業務に限って使用し、終了後は廃棄処理いたします。

連絡先・提出先

〒189-8511 東村山市青葉町1-7-1

多摩北部医療センター 看護部 鎌田・大河原

T E L 042-396-3811 F A X 042-396-3076