

H27年インターンシップのご案内

高知赤十字病院では、平成27年インターンシップ参加者の申込みを受け付けています。多数の皆さまのご参加を看護職一同心よりお待ちしております。

研修日：平成27年11月3日（火）

研修時間：09：00～15：30

研修場所：高知赤十字病院
第1会議室

高知赤十字病院の
「インターンシップ」
にお越しください。



【内容】

| 時 間 | 研 修 内 容 |
|-------------|--|
| 8：30～9：00 | 集合（総合案内） |
| 9：00～9：50 | 看護副部長よりあいさつ オリエンテーション |
| 10：00～12：00 | 部署での看護体験 患者さんとの会話 清潔援助 看護師と一緒に体温・血圧測定 移送・リハビリ介助など |
| 12：00 | 休憩 |
| 13：00～14：00 | 院内見学（救急外来・ICU含む） |
| 14：00～15：00 | 交流会・茶話会、集合写真 |
| 15：00～15：30 | 終了 更衣 |

【応募方法】

- * 申込み書に必要事項を記載の上、FAXまたはe-mailで送信してください
FAX 088-822-1056 e-mail: info@kochi-med.jrc.or.jp
TEL 088-822-1201

【応募締切】

H27年10月26日（月）17時まで

【持参用品など】

- * 実習ユニフォーム（白衣）とナースシューズ、筆記用具を持参して下さい。
- * 当日は8：30に総合案内受付に集合してください。
- * インターンシップ以外にも、随時病院見学ご希望を受け付けておりますのでご連絡ください。

お問い合わせ・お申し込み

総務・人事課：猪原
TEL 088-822-1201（代）
FAX 088-822-1056
E-mail: info@kochi-med.jrc.or.jp

F A X 088-822-1056

E-mail : info@kochi-med.jrc.or.jp

平成 27 年 看護師インターンシップ申込書

ふりがな

1.氏 名 : . _____ 年齢 (_____ 歳) ・性別 (_____)

ふりがな

2.学校名 : _____

3.連絡先

本人住所 : _____

電話番号 : _____

メールアドレス : _____

4.インターンシップを希望する領域

第 1 希望 : _____

第 2 希望 : _____

5.インターンシップで体験してみたいことについて具体的にお書き下さい

| |
|--|
| |
|--|