

H28年インターンシップのご案内

高知赤十字病院では、平成28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：~~①平成28年3月28日(月)~~

~~②平成28年4月2日(土)~~

⇒上記日程は、希望者多数につき終了しました。
ご了承ください。

③平成28年5月14日(土)

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】

~~①1回目：平成28年3月22日(火) 17時まで~~

~~②2回目：平成28年3月25日(金) 17時まで~~

③3回目：平成28年5月6日(金) 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 28 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. 参加希望日 ※希望の日にちに○を付けてください

~~() 第 1 回 3 月 28 日 (月)~~

~~() 第 2 回 4 月 2 日 (土)~~

() 第 3 回 5 月 14 日 (土)

5. インターンシップを希望する領域

第 1 希望： _____

第 2 希望： _____

6. 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