

# H29年インターンシップのご案内

高知赤十字病院では、平成29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29年3月27日(月)

②平成29年4月1日(土)

③平成29年5月20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29年3月21日(火) 17時まで

②2回目：平成29年3月24日(金) 17時まで

③3回目：平成29年5月12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下さい。

\*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29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27日(月)

(      ) 第2回    4月1日(土)

(      ) 第3回    5月20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