

# 新潟西蒲メディカルセンター病院

## 平成 23 年度インターンシップ（一日就業体験）

新潟西蒲メディカルセンター病院では看護学生の皆様に体験実習（就業体験）を経験して頂く事により、当院の看護業務への理解を深めていただく事や、職場環境を知っていただく事を目的とし、また皆様方ご自信の将来についても、就職準備や看護師になる上での心構えについて一考していただく場と考えております。

興味をお持ちの方はぜひ、お気軽にお問合せの上ご参加下さい。

### ❁❁❁❁❁ ❁❁❁❁❁ 応 募 要 項 ❁❁❁❁❁ ❁❁❁❁❁

- 対 象 看護学生  
※看護系専門学校、短大、大学に在学されている方（学年不問）  
※他院に就職先をお考えの方の応募もお待ちしております。
- 実 施 日 第 1 回 8 月 3 日（水）、8 月 4 日（木）  
第 2 回 8 月 24 日（水）、8 月 25 日（木）
- 時 間 8：30～17：00  
※お申し込みは、実施日 1 週間前迄にご連絡下さい。
- 内 容 体験開始にあたり、オリエンテーションにて病院及び看護部の概要などを説明いたします。  
その後、各病棟にて当院看護師と行動を共にし、患者様の日常生活援助を行い実際の看護活動を研修していただきます。  
病棟研修終了後は質疑応答の時間を設けます。  
《具体的な体験内容》  
○ 清潔ケア・排泄ケア・観察・コミュニケーション・体位交換  
○ 患者搬送・環境整備・その他の日常生活援助に関する事。  
※診療の補助、記録などは行ないません。また研修場所につきまして、特定の診療科・病棟は希望に添えない場合もありますが、ご本人の希望を勘案し当院で調整させていただきます。

□費用 参加費は無料です。

□その他 ①参加時にご持参いただく物

- ・ユニフォーム（実習用看護衣）
- ・ナースシューズ又は白の運動靴（サンダルは不可）
- ・在籍校の名札 ・筆記用具

※当院ではナースキャップは使用しておりませんので不要です。

②昼食は各自ご用意下さい。

□応募方法 「平成 23 年度インターンシップ参加申込書」に必要事項をご記入の上、当院まで郵送・FAX・Eメールにてご応募下さい。

応募確認後、詳細をご本人にご連絡いたします。

※応募書類に記載の個人情報につきましては、インターンシップ実施にあたり応募者への連絡等、必要な業務のみに利用致します。

□お問合せ 参加日程やご不明な点などありましたら、お気軽にお問合せ下さい。

新潟西蒲メディカルセンター病院

〒953-0041 新潟市西蒲区巻甲 4368 番地

☎0256-72-3111（代） FAX0256-72-0505

看護部長 藤井 千恵（e-mail：fujii-chie@jojinkai.com）

総務部長 二宮 太（e-mail：ninomoya@jojinkai.com）

# 平成 23 年度インターンシップ参加申込書

平成 23 年 月 日 申込

医療法人社団白美会

新潟西蒲メディカルセンター病院長 殿

フリガナ	
氏名	
生年月日	昭和 年 月 日生 ( 歳)
学校名	( 学年)
現住所	〒 - TEL ..... 携帯 ..... FAX .....
帰省先	〒 - TEL ..... TEL .....

希望参加日	月 日	月 日	月 日
意見・要望等	..... ..... ..... .....		