



2019年春期 インターンシッププログラム

独立行政法人地域医療機能推進機構 東京蒲田医療センター 看護部

インターンシップで現場体験することで、自分が目指す看護師の将来の姿を描き、就職を考える機会として活用ください。

1. 開催日時 *下記のうち、希望日を選択してください

- 1) 2月27日(水) 9:30 ~ 15:00
- 2) 3月 6日(水) 9:30 ~ 15:00
- 3) 3月13日(水) 9:30 ~ 15:00
- 4) 3月20日(水) 9:30 ~ 15:00

2. 対象者：看護系学校に在籍中の方（各回 10名まで）

3. 参加費用：無料

4. 応募締切：各開催日の5日前の12時までにお申し込みください

- 1) 2月22日(金)
- 2) 3月1日(金)
- 3) 3月8日(金)
- 4) 3月15日(金)

5. スケジュール

時間	内容
9:15~9:30	受付
9:30~9:40	更衣
9:40 ~10:10	オリエンテーション 病院概況、看護概況、福利厚生等
10:10~12:30	部署研修
12:30~13:30	昼食（食事は当院の病院食を体験）
13:30~14:30	質問コーナー
14:30~15:00	希望者は看護師宿舎案内

6. 参加者のみなさんへのお願いと責任について

- 1) 感染症の免疫に関して、次のことをご確認ください。
 - ・麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎の免疫があること
 - ・結核感染について、過去1年以内のツベルクリン反応または胸部レントゲン写真で問題がないこと

- 2) 研修で知り得た情報については、第三者に漏らさないこと。
- 3) 研修に際して倫理的配慮を遵守すること。
- 4) 研修中の事故については、加入している傷害保険および賠償保険により、自らの責任において対応してください。

7. 準備について

以下のものをご持参ください。

◆ユニフォーム ◆ナースシューズ ◆在籍校の名札 ◆筆記用具

8. 応募方法：以下のどちらかの方法でお申し込みください

- 1) 申込書 (p.3) にご記入のうえ、FAX にてお申し込みください。
- 2) 当院ホームページの「お問い合わせ先」フォームより、下記内容を入力のうえ送信してください。また、「題名」の欄には「インターンシップ申込み」と入力してください。

①氏名 ②性別 ③学校名 ④学年 ⑤住所 ⑥連絡先（当日連絡がつく番号を記載下さい） ⑦参加希望日 ⑧研修を希望する部署（診療科など）
⑨体験したい項目・内容 ⑩看護師寮見学希望の有無

*お返事を差し上げるまでにお時間がかかる場合があります。
3日以上経っても連絡がない場合は、下記問い合わせ先までお電話ください。
また、ご不明な点、ご質問等も、お気軽にご連絡下さい。

9. 問い合わせ先

独立行政法人地域医療機能推進機構 東京蒲田医療センター

副看護部長 山口 朝子

〒144-0035 東京都大田区南蒲田 2-19-2

TEL:03 (3738) 8221

FAX:03 (3733) 7471



独立行政法人地域医療機能推進機構 東京蒲田医療センター

2018 年度春期 インターンシッププログラム 参加申込書

FAX : 03 - 3733 - 7471

ふりがな 氏 名	
性 別	男 ・ 女
在籍校名	(5 年制 4 年制 3 年制 2 年制) *該当に○をつけてください
現在の学年	年生
住 所	〒 電話番号 : *携帯可。必ず連絡ができるようにしておいてください。
参加希望日	希望の日に○をつけてください 2 月 27 日 (水) ・ 3 月 6 日 (水) ・ 3 月 13 日 (水) 3 月 20 日 (水)
研修希望部署 および領域	第 1 希望に◎、第 2 希望に○をつけてください 内科系病棟 (消化器、代謝・内分泌、循環器、呼吸器) 外科系病棟 (消化器・一般外科、脳神経外科、整形外科、 泌尿器科、眼科、耳鼻科、歯科口腔外科) そ の 他 (外来、透析室、手術室)
体験したい 項目・内容	
寮見学の希望	あり ・ なし

《問い合わせ先》

独立行政法人地域医療機能推進機構 東京蒲田医療センター
副看護部長 山口 朝子

〒144-0035 東京都大田区南蒲田 2-19-2

TEL:03(3738)8221/FAX:03(3733)7471