



2019年度 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

実際に業務をする看護師について、実際の業務の現場を見学してもらいます。病院、病棟の雰囲気を知って、自身のあった就職先を考える際の参考にしてください。

1. 開催日時 : 各回 9:30~15:00

夏季	7/24(水) 7/31(水) 8/7(水) 8/21(水) 8/28(水)
冬季	12/25(水) 2020年1/8(水)
春季	2020年2/26(水) 3/4(水) 3/11(水) 3/18(水)

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：開催日の5日前（前週の金曜日）の12時までにお申し込みください

5. スケジュール *参加人数により時間の変更あり

時間	内容
9:15~9:30	受付
9:30~9:40	更衣
9:40~10:10	病院・看護部の概要説明
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年以内の検査で問題がないこと
- 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。

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



2019年度 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	〒..... 携帯 TEL : (当日連絡とれる番号)
参加希望日	第1希望 :月日 (水) 第2希望 :月日 (水)
研修希望 部署	第1希望に①、第2希望に②をつけてください () 内科系病棟 () 外科系病棟 () 地域包括ケア病棟 () 手術室 () 外来・透析室
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