



# 2020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

業務をする看護師に同行し、実際のケア・患者対応等看護の現場をシャドーイングで研修してもらいます。看護についての理解を深めるとともに、当院、看護部の雰囲気を感じてもらうことで、自身の看護師像の構築および自分自身にあった就職先を考える参考にして下さい。

## 1. 開催日時 9:30~16:00

夏季	7/22 (水) 7/29 (水) 8/5 (水) 8/12 (水) 8/19 (水) 8/26 (水)
冬季	12/23 (水) 1/6 (水)
春季	2/24 (水) 3/3 (水) 3/10 (水) 3/17 (水) 3/24 (水)

## 2. 対象者：看護系学校に在籍中の方、各回 10 名まで（低学年でも可）

## 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

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（当院の病院食を体験）
13:30~15:00	部署研修
15:00~15:30	振り返りおよび質疑応答
15:30~16:00	職員寮見学

## 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（在籍校のもの） ◆ナースシューズ ◆名札（在籍校のもの）
- ◆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（次項）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職員宿舎見学希望の有無

\*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 海野 浩子

〒144-0035 東京都大田区南蒲田 2-19-2

TEL:03 (3738) 8221

FAX:03 (3733) 7471

Mail : kango@kamata.jcho.go.jp



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

## 2020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 海野 浩子

〒144-0035 東京都大田区南蒲田 2-19-2

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