

# インターンシップの ご案内



1日看護体験してみませんか？

病棟看護体験

新人看護師とディスカッション

看護技術体験

日程 令和2年3月25日（水）27日（金）

8:45～16:30

対象者 看護師養成機関に在学中の学生

募集人数 両日8～10名

申込〆切 令和2年2月21日（金）

申込方法 申し込み用紙郵送

問い合わせ先・申込先

〒943-8531 新潟県上越市南高田町6-9  
上越地域医療センター病院 看護部長室 藤本  
☎ 025-523-2131 FAX 025-522-3377

## 上越地域医療センター病院インターンシップ実施要項

1. 実施日 令和2年3月25日(水)  
令和2年3月27日(金)
2. 対象者 看護大学・看護専門学校など看護師養成機関に在学中の学生  
\*学年は問いません
3. 受入れ病棟 外科病棟、内科病棟、リハビリ病棟

4. 集合場所 2階会議室

### 5. 実施スケジュール

時 間	内 容
8:45~9:00	受付 (2階会議室)
9:00~9:30	オリエンテーション、当院の紹介、参加者自己紹介
9:30~  15:00	職場体験 病棟看護師とともに看護体験 昼休憩 (12:30~13:30 こちらでご用意します)
15:00	説明会 教育体制等
	座談会 (新任看護師等参加)
16:30	終了

: 定員は両日 8~10名程度を予定しています。

6. 昼食はこちらでご用意いたします。
7. 持参するもの 学生証、各学校で使用されているユニフォーム、シューズ、  
髪留めのゴム(ロングヘアの方)  
名札はこちらで準備します。
8. インターンシップ中の保険について  
インターンシップ中のけがや事故などに対応するために、傷害保険に加入して  
いただきます。保険料は病院が負担しますので、安心してお越しください。
9. 申し込み方法  
インターンシップ申込書に必要事項を記入後、**郵送**で申し込みをお願いします。

10. 「誓約書」は、記載欄を記入の上、当日持参ください。

※ 申込用紙・誓約書はダウンロードしてお使いください。

11. 申込期限

令和2年2月21日(金)までにお願います。定員を超えた場合は抽選にさせていただきます。直接可否の連絡をさせていただきますので、携帯電話等の着信拒否は解除しておいてください。

12. 問い合わせ先、申込先

〒943-8531 新潟県上越市南高田町6-9

上越地域医療センター病院 看護部長室 藤本

☎025-523-2131 FAX: 025-522-3377

# For the others

「誰かのために」役に立ちたい。「ありがとう」をいただける病院目指して。

地域とともに100周年



上越地域医療センター病院  
JOETSU COMMUNITY MEDICAL CENTER

TEL025-523-2131 URL j-icm.or.jp



# 誓約書

上越地域医療センター病院  
病院長 古賀 昭夫 様

私は、上越地域医療センター病院で職場体験をするにあたり、その体験を通じて知り得た個人情報に関して貴院の個人情報保護方針に準じ、体験が終了したのちも、不当に第三者に提供したりしないことを誓います。

記

令和 年 月 日

所 属 (学校名) : \_\_\_\_\_

住 所 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_ 印