

# 東芝林間病院 インターンシップ研修のご案内

私たちと共に実際の看護業務を体験し、病院の雰囲気や看護師の役割を実感することができます。色々体験したいというあなた、この仕事が向いているか悩んでいるあなた、再就職を躊躇しているあなた、**Let's try!!**

## ◆研修目標◆

1. 東芝林間病院の特徴や職場環境を知ることができます。
2. 看護師の1日の業務内容を知り、1人の看護師がどのように複数の患者の看護を行なうのか、体験することができます。
3. 就職する前に、学んでおかなければならないことが分かります。
4. 最近の医療状況（安全、診療報酬、看護体制、看護記録）などを知ることができます。

## ◆研修参加対象◆

- ・平成24、25年度 看護学校卒業見込みの学生
- ・既卒看護師
- ・未就業看護師（ブランクナース）

## ◆インターンシップ日程◆

- ・別紙参照

## ◆体験項目◆

- ・ 日常生活の援助
- ・ 検温
- ・ 処置の見学
- ・ 搬送（検査・手術室の申し送り）
- ・ カンファレンス
- ・ 看護記録
- ・ 褥創回診                    etc

（体験者の希望に応じ、調整します）

※ 既卒者であっても、見学体験が主体です。日常生活の援助、検温等は指導者が付き添うことを必須として体験していただきます。

## ◆体験部署◆

- ・ 研修参加者の希望に応じ、全部署体験可能です。

◆体験期間◆

別紙参照

◆日程◆

	1日コース	2日コース
1日目	8:45 集合 9:00 オリエンテーション 9:30 病院見学 10:00 部署体験 12:00 休憩・昼食 13:00 部署体験 16:00 ミーティング 16:30 解散	8:45 集合 9:00 オリエンテーション 9:30 病院見学 10:00 部署体験 12:00 休憩・昼食 13:00 部署体験 16:00 ミーティング 16:15 解散
2日目		8:00 又は 8:30 部署体験 12:00 休憩・昼食 13:00 部署体験 15:30 ミーティング 16:15 解散

※ 1 部署研修希望は 1 日又は 2 日コースを選択して下さい。

※ 2 部署研修希望は、2 日コースを選択して下さい。

※ 時間は予定時間です。

◆事故発生時の対応◆

- ・ インターンシップ中、通勤途中の方が一のが、事故などに対応する為、傷害保険、賠償保険に加入して頂きますが、保険料は病院で負担いたします。
- ・ ツベルクリン反応結果、インフルエンザ予防接種状況の確認を致します。

◆ 宿泊◆

遠方よりご参加される方は、相模大野駅前ホテルセンチュリーに宿泊できます。

宿泊費は病院で負担いたします。

※朝食付き

※夕食¥1,000 支給

◆ その他◆

- ・ 交通費は病院で負担します。
- ・ 昼食は¥1,000 支給（病院レストラン利用可）
- ・ 白衣は病院で用意します。靴はご自身のものをご用意下さい。

◆ 申し込み方法 ◆

所定の申し込み用紙に記入の上、FAX、郵送で、研修希望日7日前までに必着でお送り下さい。希望が重なる場合もありますので第2希望までお知らせ下さい。

※ 宿泊希望者は研修希望日14日前まで日着をお願いします。

※ 申込用紙は、ホームページからダウンロードできます。

◆ 問い合わせ先 ◆

インターンシップの詳細についての問い合わせは、東芝林間看護部までお願いします。

東芝林間病院 看護部

〒252-0385

神奈川県相模原市南区上鶴間7-9-1

TEL 042-742-3577 (内線 8719、5028)

FAX 042-742-6121

## 2011年度 インターンシップ受入スケジュール

	日	月	火	水	木	金	土		日	月	火	水	木	金	土	
4月 全日 不可						①	②	10月								①
	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨		②	3	4	5	6	7	⑧	
	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯		⑨	⑩	11	12	13	14	⑮	
	⑰	⑱	⑲	⑳	㉑	㉒	㉓		⑰	17	18	19	20	21	⑳	
	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚	㉓	24	25	26	27	28	㉔	㉕	
								㉖	31							
5月	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	11月 全日 不可			①	②	③	④	⑤	
	⑧	9	10	11	12	13	⑭		⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	
	⑮	16	17	18	19	20	⑰		⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	
	⑳	23	24	25	26	27	㉔		⑳	㉑	㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	
	㉗	30	31					㉗	㉘	㉙	㉚					
6月				1	2	3	④	12月					1	2	③	
	⑤	6	7	8	9	⑩	⑪		④	5	6	7	8	9	⑩	
	⑫	13	14	15	16	17	⑱		⑪	12	13	14	15	16	⑱	
	⑲	20	21	22	23	24	㉔		⑲	19	20	21	22	㉓	㉔	
	㉕	27	28	29	30			㉕	26	27	28	㉗	㉘	㉙		
7月						①	②	1月 2012年	①	②	③	④	5	6	⑦	
	③	4	5	6	7	8	⑨		⑧	⑨	10	11	12	13	⑭	
	⑩	11	12	13	14	15	⑱		⑮	16	17	18	19	20	⑳	
	⑰	⑱	19	20	21	22	㉔		㉒	23	24	25	26	27	㉔	
	㉕	25	26	27	28	29	㉚	㉓	30	31						
	㉛							㉛								
8月		1	2	3	4	5	⑥	2月					1	2	3	④
	⑦	8	9	10	11	12	⑬		⑤	6	7	8	9	⑩	⑪	
	⑭	⑮	16	17	18	19	㉒		⑫	13	14	15	16	17	⑱	
	㉑	22	23	24	25	26	㉔		⑲	20	21	22	23	24	㉔	
	㉕	29	30	31				㉕	27	28	29					
9月					1	2	③	3月					1	2	③	
	④	5	6	7	8	9	⑩		④	5	6	7	8	9	⑩	
	⑪	12	13	14	15	16	⑱		⑪	12	13	14	15	16	⑱	
	⑲	⑲	20	21	22	㉔	㉔		⑲	19	㉒	21	22	23	㉔	
	㉕	26	27	28	29	30		㉕	26	27	28	29	30	㉙	㉚	

○印日は受入不可 (4月・11月全日不可)

## 東芝林間病院 看護師インターンシップ研修申込書

### ◆研修参加希望者

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 ( \_\_\_\_\_ ) 性別 ( \_\_\_\_\_ )

看護学生 学校名 \_\_\_\_\_ 年生 \_\_\_\_\_

看護師資格 あり \_\_\_\_\_ 年 取得 \_\_\_\_\_ ブランク期間 \_\_\_\_\_ 年

連絡先

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

Eメール \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### ◆研修希望日

第1希望 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 曜日)

第2希望 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 曜日)

希望コース 1日 \_\_\_\_\_ 2日 \_\_\_\_\_

### ◆ 研修希望部署を○で囲んで下さい。

2階病棟 外科系 (外科・整形外科・泌尿器科・口腔外科)

3階病棟 内科系 (消化器内科 腎臓内科 )

回復期リハビリテーション病棟

5階病棟 内科系 (神経内科、内分泌科)

外来

手術室

透析センター

### ◆ 感染症

ツベルクリン反応 \_\_\_\_\_ 強陽性 \_\_\_\_\_ 陽性 \_\_\_\_\_ 陰性 \_\_\_\_\_ 不明 \_\_\_\_\_

インフルエンザ予防接種実施 \_\_\_\_\_ 済 \_\_\_\_\_ 今後予定 \_\_\_\_\_ 未 \_\_\_\_\_

### ◆ その他

白衣サイズ \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_ LL \_\_\_\_\_

宿泊希望 \_\_\_\_\_ なし \_\_\_\_\_ あり (前泊 あり・なし 研修最終日泊 あり なし) \_\_\_\_\_

現在治療中の疾患 \_\_\_\_\_ なし \_\_\_\_\_ あり (病名 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

### ◆ 希望事項

※ご記入いただきました個人情報、インターンシップ以外の目的での使用は致しません。