

インターンシップ参加者募集



対象:看護学生(23年卒・24年卒・25年卒)
日時:2022年3月12日(土)・26日(土)

※上記日程以外でも、随時受け付けます。

《研修内容・スケジュール》

- 9:45 受付 検温、体調チェック
- 10:00 病院オリエンテーション
- 10:40 院内ツアー
- 11:10 病棟見学・先輩インタビュー
- 11:45 アンケート記入・個別相談
- 12:00 終了



●服装は自由です。

※スケジュールは一例です。希望に応じて時間変更も可能です。

※交通費支給いたします。

**◎研修当日、発熱や体調不良がある場合は受講をせず
にお電話ください。**

ご希望日の1週間前までに
お申し込みください。
メール又はFAX
お電話で受け付けています。

<お問い合わせ・申し込み>

〒246-0026

神奈川県横浜市瀬谷区阿久和南2-3-12

医療法人社団哺育会 横浜相原病院

Tel045-362-7111 FAX045-362-7306

✉ yoshimi.gochou@amg.or.jp

担当：牛腸・上松



※当院のホームページはこちらの
QRコード読み込んでください。

きっと見つかる
あなたらしい看護のかたち



当院のマスコットキャラクター
あいちゃん

※上記以外のスケジュールでの見学や、リモートでの病院見学も対応いたします。

横浜相原病院 インターンシップ参加申込書

☎ : 045-362-7111 FAX : 045-362-7306

第1希望日	_____ 月 _____ 日 () : _____ ~
第2希望日	_____ 月 _____ 日 () : _____ ~

※□欄には✓でご記入ください

ふりがな			年齢
氏名	□男 □女		歳
住所	〒 _____		
病院までの交通手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 電車（相鉄線・他） <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
連絡先	TEL	mail	
		※電話での連絡が難しい場合は、メールアドレスもご記入ください	
学校名	(名称) _____		(学科・学部) _____
	(学年) _____		年 _____ 月卒業予定
参加動機（参加にあたり、希望や要望などをお書きください）			
この企画を何で知りましたか			
<input type="checkbox"/> 当院のホームページ <input type="checkbox"/> 学校からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			

※上記内容をご記入の上、電話またはFAXもしくはメールでのお申し込みをお願いいたします。
 ◎申し込みの完了につきましては、こちらからお電話かメールにて連絡させていただきます。

【申し込み先】

横浜相原病院

担当 看護部 牛腸（ごちょう）

✉ yoshimi.gochou@amg.or.jp