

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)

※年内は、22年卒の方も受け付けています。

日時:随時開催

《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。

◎**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。**

※交通費支給いたします。



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。

きつと見つかる
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	
<small>※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</small>			
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