



# 聖マリアナ医科大学横浜市西部病院

## 2017 春季・夏季インターンシップ開催のお知らせ

当院では、学生の皆さんを対象に、自らの専攻や将来のキャリアに関連した就業体験（インターンシップ）を行っています。この体験が、ご自分の将来について考える機会として活用していただきたく、下記の要領で実施いたします。皆さんのご参加をお待ちいたしております。

### I. 目的

1. 早期就業体験を通して、看護師として勤務する事への自覚が持てるようになる。
2. 看護師とともに日常業務を体験し、医療現場への適応力を身につける。

### II. 参加対象

看護系大学および専門学校に在学中の看護・助産学生で  
平成 30 年及び 31 年 3 月の卒業予定者

### III. 実施時期

◇**春季コース**：3月／4月／5月 合計 14日間

3月 7日(火)・8日(水)・9日(木) / 14日(火)・15日(水)・17日(金)  
22日(水)・23日(木)・24日(金)

4月 8日(土)・22日(土)

5月 6日(土)・13日(土)・27日(土)

◇**夏季コース**：7月／8月／9月 合計 14日間

7月 8日(土)・22日(土)・25日(火)・27日(木)

8月 1日(火)・2日(水)・3日(木) / 7日(月)・8日(火)・9日(水)  
17日(木)・18日(金)・22日(火)

9月 9日(土)

### IV. 参加費用 無料

### V. 主な実施内容 ☆☆内容に関しては若干の変更もあります☆☆

	時 間	内 容
1日体験	8:30 ~ 9:30	更衣・オリエンテーション
	9:30 ~ 14:00	部署での実務研修
	14:00 ~ 15:30	病院説明・院内見学
	15:30 ~ 15:45	就職に関するQ&A
	15:45 ~ 16:00	終了式（希望者は院内寮見学できます）

※参加者の看護実習経験などに応じて、個別で調整をいたします。

交通費は片道支給します！

希望に応じて、無料で院内職員寮への宿泊が出来ます。



## VI. 応募方法

必要事項を記載の上、郵送（所定用紙）もしくはメール（申込書内容と同項目）でご連絡ください。

応募先：

〒241-0811 神奈川県横浜市旭区矢指町 1197-1  
聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院  
総務課人事係

Eメール：seijinji@marianna-u.ac.jp

(TEL：045-366-1111 内線 2126)

- \* 募集締め切りは実施日の**1週間前**とさせていただきます。
- \* 参加が決定いたしましたら、参加前日までにご連絡いたします。
- \* 提出されました書類の個人情報については、インターンシップの実施に必要な業務に限って使用し、終了後は廃棄処理いたします。

## VII. 参加者の責任について

1. 参加者は研修に参加して知り得た情報については、第三者に漏らさない、また、参加を終了した後も同様です。
2. 参加者は研修に際して、倫理的な配慮を遵守するため、病院長に対して別紙の誓約書を事前に提出していただきます。
3. 参加者は研修期間中の事故について、加入している傷害保険、および賠償保険により、自らの責任において対応をお願いいたします。

## VIII. その他

- ・宿泊の希望者については、当院職員寮の手配をいたします。
- ・昼食は食券を配布いたしますので、職員食堂をご利用していただきます。
- ・片道の旅費を補助いたします。
- ・インターンシップ参加時は、以下のものを持参ください。

ユニフォーム、ナースシューズ、在籍校の名札、筆記用具、印鑑



ご不明な点がございましたら、お気軽にご連絡ください。

《お問い合わせ先》

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 総務課人事係

TEL：045-366-1111（内線 2126）



聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

2017年 春季・夏季インターンシップ研修参加申込書

(兼 個人情報の保護に関する誓約書)

平成 年 月 日

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院長 殿

申込者署名 \_\_\_\_\_ 印

下記の通り貴院のインターンシップ研修に参加を申込みます。

なお、個人情報保護法に関する法律に基づき、参加に際して知り得た患者さまの個人情報については、本研修以外の目的には使用せず、第三者には漏らさない等、プライバシーの保護に留意することを誓約します。

ふりがな 氏名	年齢 才	
	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	
現住所	〒 電話番号 :	
連絡先	〒 電話番号 :	
参加希望日	第1希望 : 平成 年 月 日 ( )	第2希望 : 平成 年 月 日 ( )
研修希望部署 および領域	第1希望に◎、第2希望に○をつけてください 内科系 ( 血液内科、腎臓高血圧内科、呼吸器内科、消化器内科 リウマチ・膠原病内科、代謝・内分泌内科 ) 外科系 ( 消化器・一般外科、脳神経外科、整形外科 ) こどもセンター、 心臓血管センター、 救命救急センター 周産期センター ( 母性部門、新生児部門 )	
宿泊の希望	有り ・ 無し	
院内寮 見学の希望	有り ・ 無し	
宿泊希望日	前泊 ・ 当日 (研修日の前日及び当日は宿泊可能です。)	
同系列病院の インターンシップの 参加の有無	大学病院 ・ 多摩病院 ・ 東横病院	