

独立行政法人地域医療機能推進機構
さいたま北部医療センター
2023年度新卒看護師対象のインターンシップ

当院では年間を通してインターンシップを開催しております。
当院の看護師と共に行動し、職場の雰囲気や看護を直接体験してください。
自身にあった職場選びの機会として是非ご活用ください。

1. 開催日時 : 9:30~13:00

時 期	日 程
春 季	3月3日(木)、10日(木)、17日(木)、24日(木)
夏 季	7月20日(水) 8月3日(水)、24日(水)、31日(水) 9月7日(水)
冬 季	12月21日(水) 2023年1月6日(金)

2. 対象者 : 看護系学校に在籍中の方 各回6名まで
3. 参加費 : 無 料
4. 応募締め切り : 開催日前週の金曜日。12時までにお申し込みください
5. スケジュール

時 間	内 容
9:30~9:45	受付・健康チェック
9:45~10:15	更衣
10:15~10:45	病院・看護部の概要説明
10:45~12:00	部署研修
12:00~12:30	振り返りおよび質疑応答
12:30~13:00	希望者のみ院内見学

6. 参加者のみなさんへのお願いと責任について

- 1) 不織布マスクを着用してきてください
- 2) 感染症の免疫に関して、次のことをご確認ください。
 - ・麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎の免疫があること
 - ・結核感染について、過去1年以内の検査で問題がないこと。
- 3) 研修で知り得た情報については、第三者に漏らさないこと。
- 4) 研修に際して倫理的配慮を遵守すること。

7. 準備について

以下の物をご持参ください

★ ユニホーム（在籍校のもの） ★ ナースシューズ ★ 名 札（在籍校のもの） ★ 筆記用具

8. 応募方法：以下のどちらかの方法でお申し込みください

1) 申込書（次項）にご記入のうえ、FAXにてお申し込みください。

2) 当院ホームページの「お問い合わせ先」フォームより、下記内容を入力のうえ送信してください。また、「題名」の欄には「インターンシップ申込み」と入力してください。

記入事項： ①氏名

②性別・年齢

③学校名・卒業予定年

④住所・連絡先（当日連絡がつく番号を記載してください）

⑤参加希望日（第2希望まで）

⑥研修を希望する部署（外科・内科・地域包括ケア）

⑦体験したい項目・内容

※コロナ感染状況によっては、中止する場合があります。ご了承ください。

【問い合わせ先】

独立行政法人地域医療機能推進機構 さいたま北部医療センター
看護部

〒331-8625

埼玉県さいたま市北区宮原町1丁目851番地

TEL : 048-663-1671（代表） 内線：304

Fax : 048-663-0058

e-mail : soumu@saitamahokubu.jcho.go.jp

FAX 送信状

送信先 さいたま北部医療センター 看護部長室 宛

FAX 番号 048-663-0058

インターンシップに参加申し込みをします。

① 氏名	
②性別・年齢	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 () 歳
③学 校 名	西暦 年卒業予定
④連 絡 先	住所 〒..... 参加日に連絡の取れる 携帯番号 E-MAIL..... お返事はメールにてお知らせしますので、必ずメールアドレスのご記入をお願いします。 ドメイン設定（受信拒否設定）をされている皆様へのお願い 「 saitamahokubu.jcho.go.jp 」からのメールを受信できる様、ドメイン設定の変更をお願いします。
⑤参加希望日	第一希望 月 日 () 第二希望 月 日 ()
⑥研修部署希望	外科系・内科・地域包括ケア・手術室
⑦その他の希望 質問事項	

*メールでお申し込みの方は上記の内容①～⑦をお知らせください。

メールアドレス : soumu@saitamahokubu.jcho.go.jp