



インターンシップ参加者募集!

～笑顔あふれる看護体験してみませんか?～

開催日時 : 9月19日(土)14:00~16:00

10月17日(土)10:00~12:00

対 象 : 看護学生

※感染対策のため少人数での実施とさせていただきます。

《スケジュール》

10:00(14:00) 受付・病院オリエンテーション

10:30(14:30) 院内ツアー・病棟見学

11:45(15:45) アンケート記入

12:00(16:00) 終了

◎ユニフォーム・ナースシューズ・マスクはお持ちください。

※交通費支給あり(上限あり、県外の方は事前にご確認ください。)

※スケジュールは変更の可能性あります。

◎参加当日に、体温チェック及び1週間前からの健康状態を確認させていただきます。

ご希望日の1週間前まで
にお申し込みください。
申し込み用紙をFAXする
かTEL・メールで
受け付けています。

<申し込み・お問い合わせ先>

横浜市金沢区並木2-8-1

医療法人社団協友会

横浜なみきリハビリテーション病院



TEL 045-788-0031

FAX 045-788-0032

看護部 牛腸(ごちょう)

看護部紹介動画こちら メール:kango-bu@ynrh.jp



※上記日程以外でも見学は随時受け付けています。

横浜なみきリハビリテーション病院 インターンシップ参加申込書

☎ : 045-788-0031 FAX : 045-788-0032

参加希望日	_____ 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（京急線・シーサイド） <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】

横浜なみきリハビリテーション病院
 担当 看護部 牛腸（ごちょう）
 メール kango-bu@ynrh.jp