

是非体験を! 天竜病院の

インターンシップ

交通費支給
昼食の準備をします。



- 👉 実習で来た人は、チームの一員となってひと味違う看護体験を!
- 👉 実習で行っていない病棟で未経験の看護体験を!
- 👉 天竜病院を知らない人は、是非、当院の看護体験を!

体験内容

1日体験 体験内容は、希望で応相談

- コース1 児童精神科看護を知ろう! (水曜日限定) 森林療法参加は8:30~
- コース2 希望コース 関心のある看護を知ろう!

*重症心身障害・呼吸器・神経内科・児童精神を組み合わせ
て特徴ある当院の看護を体験! 希望を教えてください。

日時

当日、集合時間に留意下さい。

予定表のとおり 9:00~15:30 (児童精神科の場合は8:30~15:30)

- *コース1の森林療法は、雨天の場合、室内での活動となります。
- *遠方からの参加など、ご都合に合わせて対応もできますので、ご相談ください。

申し込み方法

- ①FAX:裏面の用紙に必要事項を記入の上、送信してください。
- ②メール:裏面を参考に必要事項を入力して、送信してください。
- ③電話:必要事項を伝えてください。

持ち物

昼食は準備します。

- ・ユニフォーム・シューズ *実習で使用しているもの、ない方は応相談

注)コース1は、散歩できる服装および靴・水筒・帽子・タオルも準備ください。
注)交通費は振り込みをします。当日、必要書類への記入をお願いします。お手数ですが、
振込先(金融機関・口座番号・名義人)がわかる通帳のコピーをご持参下さい。交通経路もわかるようにしておいてください。

連絡先

担当者 看護部長室(今井・藤田)

電話:053-583-3111 FAX:053-583-3664

メール:kango01@tenryuu1.hosp.go.jp

天竜病院インターンシップ申込み

FAX返信用紙

国立病院機構 天竜病院 看護部長室行き

FAX番号 053-583-3664

希望日：H 年 月 日（曜日）

希望コース： コース 1 ・ 2

ふりがな 申込者氏名		男 ・ 女
学 校 名 (勤 務 先)	*学年	
住 所	〒	
携帯電話		
希望事項		

インターンシップ 9:00～15:30(児童精神科は8:30～)

年	月	開 催 日	
平成29年	3月	28日(火)	
	4月	19日(水)	
	5月	17日(水)	
	6月	7日(水)	
	7月	26日(水)	
	8月	2日(水)	23日(水)
	9月	13日(水)	
	10月	随時	
	11月	随時	
	12月	27日(水)	
平成30年	1月	随時	
	2月	随時	
	3月	14日(水)	

- * 予定日時とご都合が合わない場合は、ご相談下さい。
- * コース2を選択された方は、希望する看護または病棟を希望事項欄に記入して下さい。