

# インターンシップ参加者募集



対象:看護学生

日時:2023年(2日間とも内容は同じです。)

3月18日(土)10:00~12:30

3月25日(土)10:00~12:30

※15分前から受付開始

《研修内容・スケジュール》

受付 検温、体調チェック

病院オリエンテーション

院内ツアー・先輩インタビュー

教育体制について

アンケート記入

ランチ試食



●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](mailto: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

<b>第1希望日</b>	_____ 月 _____ 日 ( ) : _____ ~
<b>第2希望日</b>	_____ 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](mailto:yoshimi.gochou@amg.or.jp)