

インターンシップ・見学会 参加者募集！！



対象:看護学生

◇半日コース◇

日時:2024年 **12月21日土** 10:00~13:00

2025年 **3月22日土** 10:00~13:00

3月29日土 10:00~13:00

※15分前から受付開始(3日間とも内容は同じです。)

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
ランチ提供



◇短時間コース◇

日時:2024年 **12月21日土** 14:00~15:30

2025年 **3月28日金** 14:00~15:30

病院オリエンテーション
院内ツアー・先輩インタビュー

- ①半日のみユニホームはお貸しします。動きやすい靴をご用意ください。
- ②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。
- ③**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。**
(受講中はマスク着用をお願いします。)*交通費支給いたします(上限あり)

ご希望日の2日前までにお
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

担当:牛腸・上松



※当院のホームページは
こちらのQRコードから

当院のマスコットキャラクター
あいちゃん

きつと見つかる
あなたらしい看護のかたち

※上記以外のスケジュールでの病院見学・オンライン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

第1希望日	_____月 _____日 () : _____ ~ _____
第2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（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）						
食物アレルギー	無 ・ 有（ _____ ）					
ユニホームサイズ	S ・ M ・ L ・ LL	身長	_____ cm			
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。
 ※半日コースは、ユニホームに着替えていただきますので、動きやすい靴でご参加ください。

【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