

上越地域医療センター病院
JOETSU COMMUNITY MEDICAL CENTER

インターンシップの ご案内



1日看護体験してみませんか？

病棟看護体験

新人看護師とディスカッション

看護技術体験

🌸 日程 平成29年3月29日（水）

9:00～16:30

🌸 対象者 看護師養成機関に在学中の学生

🌸 募集人数 8～10名（先着順）

🌸 申込〆切 平成29年3月17日（金）

🌸 申込方法 FAX または郵送

問い合わせ先・申込先

〒943-8531 新潟県上越市南高田町6-9

上越地域医療センター病院 看護部長室 古澤

☎ 025-523-2131

FAX 025-522-3377

上越地域医療センター病院インターンシップ実施要項

1. 実施日 平成29年3月29日(水)
2. 対象者 看護大学・看護専門学校など看護師養成機関に在学中の学生
*学年は問いません
3. 受入れ病棟 外科病棟、内科病棟、リハビリ病棟
4. 集合場所 2階会議室

5. 実施スケジュール

時間	内容
9:00～ 9:15	2階会議室にて受付、ユニフォームへ着替える
9:15～10:00	オリエンテーション、当院の紹介、参加者自己紹介
10:00～12:30	病棟看護体験
12:30～13:15	昼食(昼食は用意してあります) 新人看護師の参加有
13:15～13:45	新人看護師とのディスカッション
13:45～15:45	看護技術体験(採血・血糖測定、点滴準備、経管栄養、吸引)
16:00～16:30	WEB研修視聴、アンケート記入

: 定員は8名程度を予定しています。

6. 昼食は用意してあります。
7. 持参するもの
各学校で使用されているユニフォーム、シューズ、髪留めのゴム(ロングヘアの方)
8. インターンシップ中の事故について
当院ではインターンシップ中のけがや事故などに対応するために、傷害保険に加入していただきます。保険料は病院が負担しますので、安心してお越してください。
9. 申し込み方法
インターンシップ申込書に必要事項を記入後、**FAX**又は**郵送**で申し込みをお願いします。

10. 「誓約書」は、記載欄を記入の上、当日持参ください。

11. 申込期限

平成 29 年 3 月 17 日(金)までにお願ひします。定員を超えた場合は抽選にさせていただきます。直接可否の連絡をさせていただきますので、携帯電話等の着信拒否は解除しておいてください。

12. 問い合わせ先、申込先

〒943-8531 新潟県上越市南高田町 6-9
上越地域医療センター病院 看護部長室 古澤

☎ 0 2 5 - 5 2 3 - 2 1 3 1 FAX : 0 2 5 - 5 2 2 - 3 3 7 7

For the others

「誰かのために」役に立ちたい。「ありがとう」をいただける病院目指して。

地域とともに100の周年



上越地域医療センター病院
JOETSU COMMUNITY MEDICAL CENTER

ようこそ看護部へ

看護部長 古澤弘美

当院は、地域に根ざした医療・看護を提供することを理念としております。高齢者は、誰しもが住み慣れた家や地域でその人らしく生活したいと望んでいます。高齢患者様の多い当院では、日常生活を大切にした老年看護、認知症看護、リハビリ看護、がん看護等、訪問看護ステーションと連携し継続看護ができるようサポートしています。

その為には、私たち看護師は、患者様に喜んでもらえる看護を提供できるよう自己研鑽を惜しまないことを日々努力しています。

その結果、患者様からのアンケートで「ほかの病院にも何度か入院したが、この病院は看護師さんも介護士さんもとっても優しいし、患者のことを真剣に考えてくれる」というお褒めの言葉を頂いています。指摘や注意されることもありますが、真摯に受け止め指摘して下さいたことを感謝し、看護も病院全体も良くなるように、より一層努力して参ります。

私たちが健康であり「看護が楽しい、働くことが楽しい」と言える看護部を作っていきたいと思えます。そして地域の皆様から親しまれる病院でありたいと思えます。



センター病院をめざす看護の心

「さあどうぞ」の親しみのある街角病院
手と目と気を生かした看護
日常生活を大切にした援助

親しみの心
謙虚な心
感謝する心
理解しようとする心
お役に立とうとする心



やさしい目
笑顔
穏やかな語り
行き届いた行動
誠実・率直・対等

インターンシップ申込書

平成 年 月 日

上越地域医療センター病院長 様

申請者

学校名 _____

学 年 _____

氏 名 _____

住 所 _____

連絡先：電話 _____

携 帯 _____

(連絡の取れる方で)

上越地域医療センター病院のインターンシップに申込みを申請します。

1. 当院での実習経験の有無

有 ・ 無

(実習した病棟： _____)

2. インターンシップ参加の目的・抱負など

(_____)

誓約書

上越地域医療センター病院
病院長 石橋 敏光 様

私は、上越地域医療センター病院で実習をするにあたり、その実習を通じて知りえた個人情報に関して、貴院の個人情報保護法をよく理解し、知り得た情報をみだりに他人に知らせたり、不当に第三者に提供したりしないことを誓います。

記

平成 年 月 日

住 所： _____

氏 名： _____

所 属 (学校名)： _____