

筑波大学附属病院看護部



サマー インターンシップ

【日 程】	第1回	7月25日(火)	9:00~16:00
	第2回	7月27日(木)	9:00~16:00
	第3回	8月 9日(水)	9:00~16:00
	第4回	8月17日(木)	9:00~16:00
	第5回	8月23日(水)	9:00~16:00
	第6回	8月31日(木)	9:00~16:00

【対 象】 平成30年3月に卒業見込みの看護学生の方
※第6回は平成31年3月に卒業見込みの看護学生の方が対象です

【定 員】 各日30名（定員に達し次第締め切ります）

【プログラム】 看護部長からのメッセージ/病棟での看護体験/宿舍見学
先輩ナースとの語らい/Q&A etc.

【その他】

- ・遠方の方はゲストルームに宿泊（1泊1,000円）が可能です。
- ・昼食は病院食の試食体験を予定しています
- ・実習用のユニフォームとシューズを持参してください

【申込方法】 下記e-mailアドレス宛に別紙申込書を添付のうえ、お申込みください。なお、必ず件名を【インターンシップ申込み】として、送信してください。また、e-mailでのお申込みができない方は、郵送でも受け付けますので、下記問い合わせ先に申込書を郵送してください。

※当日の詳細は、参加日の5日前までにe-mailにてご連絡いたします。

受信可能となるよう設定をお願い致します。

また、申込書は下記看護部ホームページからも入手できます。

【お問合せ】 〒305-8576 茨城県つくば市天久保2-1-1

筑波大学附属病院総務課看護部係（看護部事務室）

☎ 029-853-3803/3823

✉ hsp.kango@un.tsukuba.ac.jp



筑波大学附属病院 サマーインターンシップ 申込書

★申込期日 ○7月25, 27日参加希望 → 7月14日(金) 17:00
 ○8月9, 17日参加希望 → 7月28日(金) 17:00
 ○8月23, 31日参加希望 → 8月11日(金) 17:00

★申込宛先 筑波大学附属病院総務課看護部係（看護部事務室）
 〒 305-8576 茨城県つくば市天久保2-1-1
 ☎ 029-853-3803/3823
 ✉ hsp.kango@un.tsukuba.ac.jp

★申込方法 下記e-mailアドレス宛に別紙申込書を添付のうえ、お申込みください。なお、必ず件名を【インターンシップ申込み】として、送信してください。また、e-mailでのお申込みができない方は、郵送で受け付けますので、下記問い合わせ先に申込書を郵送してください。

★当日の詳細は、参加日の5日前までにe-mailにてご連絡致します。
受信可能となるよう設定をお願いいたします。
 連絡がない場合は、お手数ですが上記までお電話をお願いします。

参加希望日 (○を付けてください)	<input type="checkbox"/> 7月25日(火) <input type="checkbox"/> 7月27日(木) <input type="checkbox"/> 8月 9日(水) <input type="checkbox"/> 8月17日(木) <input type="checkbox"/> 8月23日(水) <input type="checkbox"/> 8月31日(木)			
ふりがな				
お名前				
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <table style="display: inline-table; border: none; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border: 1px solid gray; padding: 2px 10px;">年齢</td> <td style="border: 1px solid gray; padding: 2px 10px;">歳</td> </tr> </table>	年齢	歳	
年齢	歳			
連絡先	〒 電話番号： メールアドレス：			
学校名 (学部等を含む)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid gray; width: 70%;"></td> <td style="border: 1px solid gray; width: 10%; text-align: center;">学年</td> <td style="border: 1px solid gray; width: 20%; text-align: center;">年</td> </tr> </table>		学年	年
	学年	年		
宿泊日 (希望する場合)	<input type="checkbox"/> 参加希望日の前日 <input type="checkbox"/> 参加希望日の当日 ※1泊1,000円の実費負担あり。空室の状況により調整をさせていただきます。 また、相部屋をお願いすることがあります。			
看護体験の 希望領域	第1希望 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 母性 <input type="checkbox"/> 集中治療 <input type="checkbox"/> 手術 第2希望 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> 母性 <input type="checkbox"/> 集中治療 <input type="checkbox"/> 手術 ※希望者多数の際はご希望に沿えない場合がありますので、予めご了承ください			
アンケート	素朴な疑問、聞いてみたいこと等を自由に記載してください。当日お答えします！			