**九州労災病院　看護部**

**インターシップ開催のお知らせ**

　**看護学生の皆さんを対象にインターンシップを開催します。**

**インターンシップに参加し、ご自身が抱いている病院のイメージを確認してみませんか？**

**皆さんのご応募をお待ちしています。**

　ね ら い ： 職場体験（シャドーイング）を通して、九州労災病院の特徴や職場環境

を知り、看護師としての準備や心構えが出来ます。

　　**開催日時 ： 令和　7年　8月5日（火）１０：３０受付開始　10：50～15：00**

**※定員（先着順）になり次第、締め切ります。**



開催場所 ：　九州労災病院　病棟

　　プログラム内容

　　　　　○全体オリエンテーション

　　　　　○看護部概要説明

　　　　　○職場体験　シャドーイング

　　　　　○病院見学

　　　　　○全体意見交換会

　　参加対象 ： 令和8年３月に看護系学校を卒業予定の方

　　参加費用 ： 無 料（交通費は自己負担となります）

　　その他 ： ユニフォーム（ネームプレート）は、現在学校で使用している実習衣を着用

してください。院内はマスク着用して下さい。

　　　　　　　 ＊昼食は、当院で準備いたします。

　　応募方法 ： 別紙参加申込書に必要事項を記入の上、総務課宛て郵送若しくはメールにてご提出ください。

　　**申込期限 ： 令和　7年　7月　24日（木）**

**※参加決定の通知はE-Mail、電話で行います。**

　　その他 ： ご不明な点等ありましたら、下記（総務課）までお気軽にご連絡ください。

　　申込先 ： 〒800-0296

　北九州市小倉南区曽根北町１－１

　　　　　　　　 九州労災病院　総務課　竹熊

TEL 093-471-1121（内線5051）

　 E-Mail：krosai.geaf-k@kyushuh.johas.go.jp

九州労災病院　看護部　インターシップ申込書

令和　7年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 | （　男　・　女　） |
| 生年月日 | 　　　年　　　　月　　　　日生　（満　　　歳） |
| 在籍校名 |  |
| 看護師及び助産師等養成機関卒業見込み年月 | 令和　　　年　　　月　卒業予定 |
| 現住所 | 〒　　　－　　　　　　TEL　　　　－　　　　－　　　　 |
| 平日日中の連絡先 | 当院から連絡を差し上げる場合があります。連絡のつきやすい番号を記入ください。TEL　　　　　－　　　　　－　　　　　　（自宅・携帯・（　　　　）） |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | ＠ |
| 職場体験に応募した動機 |  |
| 職場体験の要望 |  |
| その他 | 昼食は当院で準備いたしますが、アレルギーへの対応は致しかねますのでご理解ください。アレルギーの有無をお知らせください。　（　なし　・　あり） |

個人情報の保護に関する誓約書

　個人情報保護に関する法律に基づき、職場体験に際して知り得た個人情報については、今回の体験以外、第三者に漏らさない等プライバシーの保護に留意することを誓約します。

申込者署名