

春期インターンシップ 開催のお知らせ

就職活動中の看護学生のみなさん
就業体験してみませんか？

＜期間＞ 令和4年3月7日（月）～3月25日（金）

＜コース＞ ご希望のコースを選択できます

1日間コース・2日間コース（夜勤あり、なし）

※日程は「申込書」で確認し、内容は「コース別実施内容」を
ご参照ください

＜募集期間＞

令和4年1月14日（金）～2月10日（木）

※希望者多数の場合は抽選となります



＜多摩北部医療センターの概要＞

病床数：337床

病棟数：8病棟、集中治療室

診療科：25診療科

重点医療：救急医療、がん医療

地域医療支援病院

公益財団法人東京都保健医療公社

多摩北部医療センター

〒189-8511

東京都東村山市青葉町1丁目7-1

TEL 042-396-3811（代表）

担当：庶務課 樋口



令和3年 春期インターンシップ - コース別実施内容 -

3月7日～25日

コース	開催日	日程	8:30	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	
1日 コース	①9日②10日③14日 ④22日⑤25日	1日			オリエン テーション 病院見学	病棟オリエ ンテーショ ン	休憩 (昼食)	病棟看護体験			懇親会						
2日間 コース (夜勤なし)	⑥7、8日⑦17、18日	1日目			オリエン テーション 病院見学	病棟オリエ ンテーショ ン	休憩 (昼食)	病棟看護体験									
		2日目	病棟看護体験					休憩 (昼食)	病棟看護体験		懇親会						
2日間 コース (夜勤あり)	⑧15、16日⑨23、24日	1日目			オリエン テーション 病院見学	病棟オリエ ンテーショ ン	休憩 (昼食)	病棟看護体験			懇親会						
		2日目										夜勤 オリエンテーション 夜勤業務見学体験					

令和4年 多摩北部医療センター看護師インターンシップ 申込書

*〇〇病院インターンシップに参加ご希望の方は、本申込書を記載して下記までFAXまたは郵送して下さい。

フリガナ 氏名		男 女	写真添付欄 (4cm×3cm) 最近3ヶ月以内 撮影のもの 上半身、脱帽
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 インターンシップ参加時の年齢 歳		
住所	〒 -		最寄り駅 線 駅
電話番号	自宅：	携帯：	
所属看護師養成機関	名称		
	養成課程年数	年間	年生
	学校への連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ※（公財）東京都保健医療公社では、将来的にあなたの学校との連携を深めていきたいと考えています。 あなたが今回のインターンシップに参加することを学校に連絡しても良いか質問です。		
参加希望コース	<input type="checkbox"/> 1日コース <input type="checkbox"/> 2日間コース（夜勤あり） <input type="checkbox"/> 2日間コース（夜勤なし）		
参加希望日	1日コース ①3月9日 ②3月10日 ③3月14日 ④3月22日 ⑤3月25日 2日コース（夜勤なし）⑥3月7日・8日 ⑦3月17日・18日 2日コース（夜勤あり）⑧3月15日・16日 ⑨3月23日・24日 希望日①～⑨を選択し以下に数字を記入してください 第1希望（ ） 第2希望（ ） 第3希望（ ）		
希望病棟または 診療科	第1希望： 第2希望： 第3希望：		
宿泊希望の有無	<input type="checkbox"/> 希望する（ホテルメッツ久米川） → 宿泊日（ / . / . / . / ） <input type="checkbox"/> 自宅から通う <input type="checkbox"/> その他（滞在先住所： ）		

○あなたの健康について質問します。

(1)1年以内に健康診断を受けたことがありますか。(学校の健診など)

無 ・ 有()

(2)現在治療中の疾患がありますか。ある場合は差し支えない範囲で状況を記入してください。

無 ・ 有()

(3)その他健康上不安に思っていることがあれば記入してください。

()

○新型コロナワクチンの接種状況についてお伺いします。

(1)ワクチンの接種をしましたか。

無 ・ 有(または接種予定日が決まっている) →有の方は(2)もお答えください。

(2)ワクチンの接種時期を記入してください。

接種回	時期 (日付記載の上、接種済または予定のいずれかに○)
1回目	月 日 接種済 ・ 予定
2回目	月 日 接種済 ・ 予定
3回目	月 日 接種済 ・ 予定

○インターンシップの志望動機

○その他意見・実習中の要望等あれば自由に記入して下さい。

提出されました書類の個人情報については、インターンシップ実施に必要な業務に限って使用し、終了後は廃棄処理いたします。

連絡先・提出先

〒189-8511 東村山市青葉町 1-7-1

多摩北部医療センター 庶務課 樋口

T E L 042-396-3811 F A X 042-396-3076