

インターンシップ開催のご案内

看護学生のみならず、日々看護師を目指して勉学に励まれておられることと思います。また、看護学実習では医療や福祉の現場でも体験をされてきたと思います。これからの就職先をリサーチするにあたり、病院や診療所ではない在宅領域で仕事をすることも選択の1つとして検討してみませんか？

1. 目的 : 訪問看護ステーション（以下ステーション）の現場を体験することで、ステーションで勤務する職員や施設の雰囲気、訪問先の利用者や家族への関わりを通して、訪問看護の魅力の発見や興味を深めることを目的とする。
2. 参加対象 : 看護師等養成所在学生
3. 実施期間 : 平成30年12月～平成31年3月の中で半日もしくは1日
4. 実施内容 : 訪問看護師と共に行動し、1日の看護業務を見学、同行訪問する。
5. 参加費 : 無料
6. 参加者の責任 : 1) 研修中に知り得た情報は、第三者に漏らさない（個人情報の保護）
2) 研修中は、利用者への倫理的配慮を遵守する為、誓約書の提出を求める。
7. 当日の持ち物 : ○動きやすい清潔な服装（ジャージ・ポロシャツ等）
○白い靴下（予備の靴下）
○在学校の名札
○筆記用具
○印鑑
○昼食（一日の場合）
8. 申込方法 : 応募用紙へ必要事項を記入の上、以下のどちらかの方法にてお申込みください。
① FAXによるお申込み 事務局へFAXにて申込
FAX番号：088-802-8116
②メールによるお申込み 事務局へ記入済みファイルを添付しメールにて申込
アドレス：info@kochi-houkan.com
9. 当日の : 研修予定の施設に直接問合せてください。
問合せ先 つながらない場合は、高知県訪問看護連絡協議会 事務局まで

※応募の状況により必ずしも、希望する訪問看護ステーションでインターンシップが出来ないことがあります。

※日時や集合場所等の詳細は、調整後に事務局よりご連絡いたします。

【お問合せ先】

高知県訪問看護連絡協議会 事務局

〒780-0861 高知県高知市弁形1-17 藤林ビル2階西

Mail: info@kochi-houkan.com

電話：088-802-8115 FAX：088-802-8116

FAX : 088-802-8116

高知県訪問看護連絡協議会

インターンシップ応募用紙

ふりがな 氏名		年齢	歳
		性別	男・女
学校名		学年	年生
連絡先	〒 — Mail (出来ればパソコン) : @ 電話番号 : — — ・携帯番号 : — —		
希 望 ステーション	第1希望		
	第2希望		
	特に希望の施設がない場合は、所在地（例：高知市内 etc）や興味のある領域（がん、精神、小児 etc）をご記入ください。		
体験希望日	必ず複数の希望日を記入してください。（例：平成31年3月1日） ○ ○ ○		
体験したい内容 (具体的に体験したい 内容があれば記入)			
聞いてみたいこと (訪問看護に関して、 聞いてみたい事があれ ば記入)			