



2024年度 看護学生インターンシップ

看護学生の方を対象にしたインターンシップを開催いたします。

1. 開催日 2024年 ① 6月12日(水) ② 7月25日(木) ③ 8月22日 (木)
2. 時間 9時～15時
3. 目的
 - ① 障がい児者施設の特徴や職場環境を知る
 - ② 看護・療育の実際を見学・体験する

4. プログラム

9:00	1階正面玄関に集合	(ユニホームに更衣します)
9:00 ~ 9:30	オリエンテーション	
9:30 ~ 11:00	病棟見学	
11:00 ~ 11:30	施設見学	(センターをぐるっとご案内します)
11:30 ~ 12:30	休憩 昼食	(休憩室をご準備しています)
12:30 ~ 14:30	病棟見学・体験	
14:30 ~ 15:00	振り返り	
15:00	終了 更衣後解散	

5. 注意事項

服装：実習用ユニホーム または、ジャージ・上履き靴をご準備下さい。

昼食：センター内には、コンビニはありませんので、各自ご準備下さい。

自販機はあります。

鶴ヶ丘駅にコンビニがありますのでご利用下さい。

6. 申し込み方法

添付の申込書・誓約書を開催日の1ヶ月前までに郵送して下さい。

送付先

〒546-0035

大阪市東住吉区山坂5-11-21

社会福祉法人 愛徳福祉会

南大阪小児リハビリテーション病院

看護部 インターンシップ担当宛



社会福祉法人愛徳福祉会 南大阪小児リハビリテーション病院
インターンシップ申込書

令和 年 月 日

日程	① 6月 12日(水) ② 7月 25日(木) ③ 8月 22日(木) いずれかに○印をして下さい。		
フリガナ			
氏名	⑩		
住所	〒 -		
電話番号			
携帯電話			
E-mail			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
学校名・学年	大学 短大 専門 年		
感染症既往歴 罹患歴・既往歴について、いずれかに○印をして下さい。	疾病名	罹患した	罹患していない
	水痘(みずぼうそう)		
	風疹(三日ばしか)		
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		
	麻疹(はしか)		
	疾病名	既往歴あり	既往歴なし
	結核		
連絡事項等			

当法人個人情報保護規程に基づき、申込者の個人情報の保護を遵守します。

社会福祉法人愛徳福祉会

南大阪小児リハビリテーション病院

誓約書

令和 年 月 日

社会福祉法人愛徳福祉会
理事長 船戸 正久 殿

実習生氏名

⑩

1. 私は社会福祉法人愛徳福祉会南大阪小児リハビリテーション病院におけるインターンシップ実習期間中は、指導者の指示に従い、実習に専念することを誓約します。
2. 私はインターンシップ実習生として、社会福祉法人愛徳福祉会南大阪小児リハビリテーション病院の信用を汚すこと及び不名誉となる行為をしないことを誓約します。
3. 私はインターンシップ実習を通じて知りえた秘密並びに個人情報について実習中及び実習後も第三者に故意または過失により開示、提供または漏洩並びに自ら使用しないことを誓約します。
4. 私はインターンシップ実習期間中の事故に関しては、自らの責任において対応することを誓約します。

以上