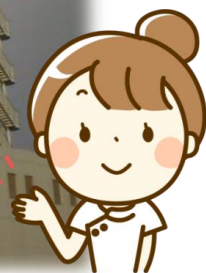


国立病院機構呉医療センター



インターンシップのご案内



令和5年度開催日程

3/24 (金) 3/27 (月) 4/4 (火) 4/28 (金)
5/1 (月) 5/6 (土) 5/26 (金)
6/3 (土) 6/17 (土) 6/26 (月) 7/1 (土)

- 対象** 看護学生（令和6年4月就職予定者）
- 実施場所** 国立病院機構呉医療センター（場合によってWEB開催に変更あり）
看護体験はご希望部署（ご希望に添えない場合もあります）
- 内容** 12:50~13:00 受け付け
13:00~13:30 病院・看護の概況、院内教育について説明
13:30~15:30 更衣・病棟での看護体験
15:30~16:00 更衣・質疑応答・意見交換
16:00~16:30 希望者は病院内見学
- 持参物品** 白衣・ナースシューズ・名札・健康観察表（下記）
- 感染対策** 参加希望者は健康状態等を確認させていただきます
参加前2週間の健康観察表をつけて頂きます
- 申込期限** 参加希望日の3週間前迄（応募多数の場合はお断りすることがあります）
- 申込方法** 以下の内容を下記アドレス宛送信ください 追ってご連絡致します
①氏名・ふりがな ②在籍学校（または卒業学校）名
③卒業年度（予定含む） ④住所 ⑤電話番号（連絡がにつながる番号）
⑥希望部署（ホームページやパンフレットを参照の上 第3希望まで）
- 申込先** 独立行政法人国立病院機構呉医療センター
E-mail アドレス：506-kangobu@mail.hosp.go.jp
TEL：0823-22-3111
担当者：看護部 副看護部長 東（あずま）



健康観察表

氏名 ()

居住地 (県)

★インターンシップ参加日の2週間前からご記入ください。

★インターンシップ当日にご持参ください。感染症を疑う症状が続く場合は、事前にご連絡ください。

日付 症状	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
強い倦怠感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
嗅覚の違和感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
味覚の違和感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
咽頭の違和感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
感染者との濃厚接触 (同居など)	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
その他の症状							
<外出先> ・生活圏外へ の移動の有無 ・3密に該当す る場所への外 出の有無	有の場合 ・場所 ・時間	有の場合 ・場所 ・時間	有の場合 ・場所 ・時間	有の場合 ・場所 ・時間	有の場合 ・場所 ・時間	有の場合 ・場所 ・時間	有の場合 ・場所 ・時間

日付 症状	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
強い倦怠感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
嗅覚の違和感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
味覚の違和感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
咽頭の違和感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
感染者との濃厚接触 (同居など)	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
その他の症状							
<外出先> ・生活圏外へ の移動の有無 ・3密に該当す る場所への外 出の有無	有の場合 ・場所 ・時間	有の場合 ・場所 ・時間	有の場合 ・場所 ・時間	有の場合 ・場所 ・時間	有の場合 ・場所 ・時間	有の場合 ・場所 ・時間	有の場合 ・場所 ・時間

★その他の症状の欄には、感染症を疑う症状（咽頭痛、鼻汁、鼻閉、頭痛、関節・筋肉痛、下痢、嘔気、嘔吐等）があればご記入ください。