

平成28年度 夏季インターンシップのご案内

静岡がんセンターのがん看護を肌で感じていただくチャンスです。是非この機会にご参加ください!

開催日：下記カレンダー参照(1日間) 申込期限：各実施日の7日前

対象者：平成29年3月及び、平成30年3月卒業予定の看護学生及び既卒看護師

募集人数：インターンシップ／各日、各部署2名(先着順) 特別インターンシップ／各回20人、各部署2名(先着順)

夏季インターンシップ

実習 + 教育体制・福利厚生等に関するQ&A

4月

18
(月)

22
(金)

25
(月)

5月

2
(月)

6
(金)

9
(月)

13
(金)

16
(月)

20
(金)

6月

23
(月)

27
(金)


6
(月)


10
(金)


13
(月)


17
(金)

7月


20
(月)

24
(金)

1
(金)

8
(金)

11
(月)

15
(金)

8月

22
(金)

25
(月)

29
(金)

1
(月)

3
(水)

8
(月)

9月

12
(金)

15
(月)

22
(月)

24
(水)

29
(月)

2
(金)

5
(月)

9
(金)

12
(月)

16
(金)

23
(金)

26
(月)

30
(金)

特別インターンシップ

実習 + 教育体制・福利厚生等に関する説明会 +

専門または認定看護師によるがん看護ゼミ + 先輩、他の参加者との交流

8/4・5
(木) (金)

8/9・10
(火) (水)

8/25・26
(木) (金)



平成28年度 静岡県立静岡がんセンター 夏季インターンシップ参加申込書

参加をご希望の方は、事前に以下の必要事項を下記の「お申込先」まで、Eメールもしくは郵送、FAXにてご連絡ください。
受領後、メールにて受付の可否についてのご連絡をいたします。

※受付メール送信エラーを防ぐため、できるだけお申込みはEメールでお願いいたします。

※迷惑メール設定等の対策をとられている場合、当院Eメールの受信ができるよう設定をお願いいたします。

※交通費については、公共交通機関の利用に限り5万円を上限に支給します。

※航空機をご利用の場合は、領収書及び航空券の半券(またはそれに代わるもの/往復分)が必要になります。

1 お名前	(ふりがな)
2 ご住所	〒 -
3 電話番号(携帯)	
4 Eメールアドレス (お申込受付連絡先)	受付確認の連絡先となりますのでお間違えのないようはつきりとご記入ください。
5 学生の方:学校名、学科名、学年 既卒の方:勤務先、経験年数	_____年
6 参加希望日 <small>※特別インターンシップ参加希望の場合は 2日目も記入してください。</small>	《1日目》 月 日 《2日目》 月 日
7 宿泊先手配の希望(前泊)	あり なし
8 実習希望診療科 <small>※申込人数によりご希望に添えない場合があります。 ※特別インターンシップ参加希望の場合は 2日目も記入してください。</small>	《1日目》 第1希望() 第2希望() ※診療科の希望がない場合 ⇒ どこでも() ----- 《2日目》 第1希望() 第2希望() ※診療科の希望がない場合 ⇒ どこでも()
診療科一覧 下記の中から希望診療科を選び、上記()内に番号を記入してください。	
①婦人科、女性内科 ②泌尿器科、皮膚科 ③整形外科 ④大腸外科 ⑤消化器内科、内視鏡科 ⑥胃外科 ⑦脳神経外科 ⑧呼吸器内科、呼吸器外科 ⑨乳腺外科 ⑩頭頸部外科、食道外科 ⑪肝・胆・膵外科、画像診断科 ⑫通院治療センター※1 ⑬緩和ケア病棟※2 ⑭GICU	
<small>(※1は経験者のみ) (※2は特別インターンシップの時のみ学生も応募可)</small>	

〈お申込先〉

Eメール scchr36@scchr.jp

郵送先 〒411-8777 静岡県駿東郡長泉町下長窪1007 静岡県立静岡がんセンター総務課企画人材班

FAX 055-989-5783