

インターンシップ申込書 2024年7～9月 2日間コース

ふりがな		性別	男・女	(写真貼付欄) サイズ (縦4cm×横3cm)
氏名		年齢	歳	
生年月日 (西暦)	年 月 日			
学校名	<input type="checkbox"/> 2026年3月卒業予定			

Web 申込時内容 - 日程に✓してください

- 2024年08月05日(月)～2024年08月06日(火)
 2024年08月19日(月)～2024年08月20日(火)
 2024年08月26日(月)～2024年08月27日(火)

北里大学病院インターンシップの志望動機

配属病棟における希望

特に、これを見たい・知りたい・経験したい等ポイントを記載してください!

■行動を共にしたい・話したい看護師 (例:新人、年が近い、スペシャリスト、どなたでも、男性看護師)

■何をシャドーイングしたいか (例:実際の様子見る、雰囲気を感じる、カンファレンスに参加する)

■質問したい内容 (例:新人フォローの実際、勤務表や勤務希望、キャリアアップ、寮について、北里を選んだ理由)

北里大学病院では「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、個人情報の適正な取り扱いに努めています。

ご提出された個人情報は、インターンシップ終了後に当院にて責任をもって保管、破棄いたします。

北里大学病院長 殿

誓約書

私はインターンシップ期間中、北里大学病院職員の指示に従い行動いたします。

私は、インターンシップ期間中に知りえた個人情報は、インターンシップ中はもちろん、インターンシップ終了後においても、第三者に漏らしません。私は、北里大学病院の信用を傷つけ、不名誉となるような行為はいたしません。

私はインターンシップ中の事故・過失において、加入した傷害保険の補償範囲内で対応します。保険対象外の事故・過失については、自らの責任において対応いたします。

私は、新型コロナウイルス感染に対してそのリスクを理解して自身の体調管理や行動及び、状況に関する事前申告(健康観察票)等について、責任を持って誠実に実施します。また、病院職員の指示に従い自らの責任のもと注意を払い行動いたします。

私は、感染症流行の推移や病院機能に伴い、急遽インターンシップが中止になること、あるいは自身の体調変化等に伴い不参加になることを了承します。その際の予定外の旅費負担などは、自らの責任で対処いたします。

以上、誠実に遵守することを誓います。

西暦 年 月 日 署名

《裏面に続く》

実習先配置病棟について

当院が実習先である方にのみお伺いいたします。当院が実習先ではない方は回答不要です。

インターンシップでの病棟体験をより有意義なものにするため、実習先の配置病棟とできる限り重複しないよう、配置病棟を決める際の参考とさせていただきたく、ご回答のほどご協力をお願いいたします。

実習先での配置病棟を下記チェックボックスに✓してください。病棟名が不明の場合は○○科など診療科名を「不明の場合」の欄にご記入ください。

<配置病棟> ※複数回答可

小児病棟 PICU NICU 産科・MFICU

GICU 救急病棟 EICU 総合手術センター

7W 7E 8W 8E 9W 9E 10W 10E 11W 11E 12W 12E

13W 13E 4S 4N 5S 5N 6S 6N 7S 7N 1H 2H 3H

不明の場合：
