

インターンシップ・プログラム

【実施期間】 令和3年7月20日（火）～8月27日（金）

※土日祝日を除く

【時間】 8時30分～12時30分（8時10分に時間外受付集合）

【実施場所】 ご希望の病棟

（ICUは対象外、人数の関係でご希望に沿えない場合もあります）

【事前準備】 インターンシップ実施前2週間からの健康観察を行う。様式は健康観察票（P3～P4）をプリントアウトして記載する（インターンシップ当日に持参する）。

【研修当日】 時間外受付で体温チェック等の確認を行い、看護部へ移動し、各部署で看護師のシャドーイング等を行う。

【持参品】 マスク（常時着用）、健康観察票、学生証（写し）、各自の実習用のユニホーム（サンダルタイプは不可）、在籍校で使用している名札メモ帳、筆記用具

【応募資格】 看護師および助産師：保健師の養成機関に在学中で令和4年～令和5年3月に卒業見込みの方
心身ともに健康状態にある方

【応募方法】 下記の方法で申し込みをお願いします。

応募ホーム（https://secure-gate.info/calevent/kumamoto_u_kango/）に必要事項を入力し、別紙の申込用紙（P5）に必要事項をご記入の上、郵送またはFAXで送信して下さい。

○送付先

〒860-8556 熊本市中央区本荘1丁目1-1

熊本大学病院 看護部「インターンシップ」受付係

TEL：096-373-5914 FAX：096-373-5807

担当者：浅尾

【募集期間】令和3年6月30日(水) ～ 8月20日(金)

参加が決まりましたら、電話またはメールにて連絡致します。

【その他】※研修中のトラブル(通院中の交通事故、研修中の傷害等)に対応するための傷害保険は各自、加入して下さい。

※研修日が、ご希望に沿えないことがありますので、ご容赦ください。

※病院内では常にマスクを着用して下さい。

※飲み会参加、カラオケナイトクラブ等、その他大人数での会食等感染リスクの高い行為はお控え下さい。

【お問い合わせ先】ご不明な点がございましたら、下記にお問い合わせください

熊本大学病院 看護部

TEL : 096-373-5914 FAX : 096-373-5807

【健康観察票】

所属 _____

職種 _____

氏名 _____

* 毎朝、検温・健康状態の自己チェックを行い、下記の表に記載してください。

日付	曜日	体温 (°C)	下記に○を付ける		症状があった場合は下記に○を付ける									備考	
			体温 37.5°C以上	解熱剤・鎮痛剤 の内服の有無	咳	呼吸 困難	鼻汁・ 鼻閉	咽頭 痛	頭痛	倦怠 感	下痢	味覚 異常	嗅覚 異常		
7/1	(木)		有 無	有 無											
7/2	(金)		有 無	有 無											
7/3	(土)		有 無	有 無											
7/4	(日)		有 無	有 無											
7/5	(月)		有 無	有 無											
7/6	(火)		有 無	有 無											
7/7	(水)		有 無	有 無											
7/8	(木)		有 無	有 無											
7/9	(金)		有 無	有 無											
7/10	(土)		有 無	有 無											
7/11	(日)		有 無	有 無											
7/12	(月)		有 無	有 無											
7/13	(火)		有 無	有 無											
7/14	(水)		有 無	有 無											
7/15	(木)		有 無	有 無											
7/16	(金)		有 無	有 無											
7/17	(土)		有 無	有 無											
7/18	(日)		有 無	有 無											
7/19	(月)		有 無	有 無											
7/20	(火)		有 無	有 無											
7/21	(水)		有 無	有 無											
7/22	(木)		有 無	有 無											
7/23	(金)		有 無	有 無											
7/24	(土)		有 無	有 無											
7/25	(日)		有 無	有 無											
7/26	(月)		有 無	有 無											
7/27	(火)		有 無	有 無											
7/28	(水)		有 無	有 無											
7/29	(木)		有 無	有 無											
7/30	(金)		有 無	有 無											
7/31	(土)		有 無	有 無											

【健康観察票】

所属 _____

職種 _____

氏名 _____

*** 毎朝、検温・健康状態の自己チェックを行い、下記の表に記載してください。**

日付	曜日	体温 (°C)	下記に○を付ける		症状があった場合は下記に○を付ける									備考	
			体温 37.5°C以上	解熱剤・鎮痛剤 の内服の有無	咳	呼吸 困難	鼻汁・ 鼻閉	咽頭 痛	頭痛	倦怠 感	下痢	味覚 異常	嗅覚 異常		
8/1	(日)		有 無	有 無											
8/2	(月)		有 無	有 無											
8/3	(火)		有 無	有 無											
8/4	(水)		有 無	有 無											
8/5	(木)		有 無	有 無											
8/6	(金)		有 無	有 無											
8/7	(土)		有 無	有 無											
8/8	(日)		有 無	有 無											
8/9	(月)		有 無	有 無											
8/10	(火)		有 無	有 無											
8/11	(水)		有 無	有 無											
8/12	(木)		有 無	有 無											
8/13	(金)		有 無	有 無											
8/14	(土)		有 無	有 無											
8/15	(日)		有 無	有 無											
8/16	(月)		有 無	有 無											
8/17	(火)		有 無	有 無											
8/18	(水)		有 無	有 無											
8/19	(木)		有 無	有 無											
8/20	(金)		有 無	有 無											
8/21	(土)		有 無	有 無											
8/22	(日)		有 無	有 無											
8/23	(月)		有 無	有 無											
8/24	(火)		有 無	有 無											
8/25	(水)		有 無	有 無											
8/26	(木)		有 無	有 無											
8/27	(金)		有 無	有 無											
8/28	(土)		有 無	有 無											
8/29	(日)		有 無	有 無											
8/30	(月)		有 無	有 無											
8/31	(火)		有 無	有 無											

インターンシッププログラムエントリー用紙

ふりがな 名前		
学校名		
学年		
生年月日	西暦	年 月 日
年齢	歳	
性別	男性	女性
住所	〒	
電話連絡先	1)	
	2)	
メールアドレス		
希望日	第1希望	()月()日 ~ ()月()日
	第2希望	()月()日 ~ ()月()日
参加理由		
参加したい病棟 あるいは分野	第1希望	
	第2希望	