

一日看護体験ご案内

1. 日 時 令和元年7月26日(金) 9:00～14:00(予定)
※ 進路相談をご希望の方は、14:00以降より実施いたします。
2. 場 所 独立行政法人地域医療機能推進機構 湯河原病院
〒259-0396 神奈川県足柄下郡湯河原町宮上 438
TEL 0465-63-2211 FAX 0465-62-3704
3. 募集人数 25名(申込者数多数の場合は調整のためご一報いたします。)
4. 持参する物 【男 性】・白い靴(校内用上履きでも可)
・白い靴下
【女 性】・白い靴(校内用上履きでも可)
・長髪の方は黒又は茶のヘアピン又はゴム
(髪型はアップにしてください。)
・下着(スリッパ又はペチコート着用)
※ 病院内は院内感染対策等の関係から、特に履物等は汚れていないものをお願いします。
※ 昼食は病院でご用意いたします。
5. 申込方法 別紙「一日看護体験申込書」をご記入のうえ、7月1日(月)までに
FAXまたは郵送にてお申し込みください。
※ 締め切り以降のお申し込みについては、定員等の関係から、必ず事前にお問合せをお願い致します。
6. 交通案内 JR東海道線にて湯河原駅下車。バス乗り場②番より「奥湯河原」
又は「不動滝」行きバスに乗車し、「病院入口」バス停にて下車。
向かいの坂道を徒歩にて約100m上った左側。
湯河原駅発
8:36・8:48・9:00
7. スケジュール
9:00～9:30 受付
9:30～10:00 オリエンテーション、看護部長からの講話
10:00～12:30 病棟内での看護体験
12:30～13:30 昼食(病院食の試食)休憩
13:30～14:00 看護体験意見交換会
14:00 閉会 ※ ご希望の方のみ進路相談
8. その他 将来、看護師のお仕事をご希望される方は、当院の「奨学金制度」
のご案内が出来ます。お気軽にご相談下さい。

送信先 F A X : 0 4 6 5 - 6 2 - 3 7 0 4
(JCHO 湯河原病院 総務企画課 行き)

一 日 看 護 体 験 申 込 書

令和 元年 月 日

学 校 名				
電 話 番 号				
ご担当となる先生の氏名				
学年	ふりがな 氏 名	性別	ユニフォームサイズ	ご連絡先(自宅又は携帯)
年			LL ・ L ・ M ・ S ウエスト(cm)※男性のみ	
年			LL ・ L ・ M ・ S ウエスト(cm)※男性のみ	
年			LL ・ L ・ M ・ S ウエスト(cm)※男性のみ	
年			LL ・ L ・ M ・ S ウエスト(cm)※男性のみ	
年			LL ・ L ・ M ・ S ウエスト(cm)※男性のみ	
年			LL ・ L ・ M ・ S ウエスト(cm)※男性のみ	
年			LL ・ L ・ M ・ S ウエスト(cm)※男性のみ	
備 考 (体験してみたいことや当日にお聞きしたいこと等がありましたらご記入ください。)				

(注) (1) ご連絡先のご記入については、看護体験当日の緊急時等のため、学校以外の連絡先をお願い致します。

(2) 上記の個人情報につきましては、一日看護体験以外の用途には使用いたしません。