

一日看護体験ご案内

1. 日 時 令和6年7月26日（金）9:00～13:00（予定）
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中央 2-21-6
TEL0465-63-2211 FAX0465-62-3704
3. 募集人数 12名（定員次第締め切り）
主に神奈川県内の高校2年生を中心に募集いたします。
4. 持参する物 【男 性】・白い靴（校内用上履きでも可）
・白い靴下 ・下着（無地のTシャツ、肌着等）

【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（無地のTシャツ、肌着等）
・白い靴下
※ 院内感染対策の観点から、清潔な履物をお願いします。
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16日(火)まで
にFAXにてお申し込みください。
※ 締切日以降のお問い合わせは、事前にご連絡ください。
6. 交通案内 JR東海道線にて湯河原駅下車。
徒歩・・・湯河原駅より徒歩 17分。
バス・・・湯河原駅バス3番のりばより「鍛冶屋」行きに乗車
「中央2丁目」バス停を下車。バス停より徒歩1分。
湯河原駅発 鍛冶屋行バス 8:40
7. スケジュール 9:00～ 9:20 受付 更衣
9:20～ 9:50 オリエンテーション 看護部長講話
9:50～12:40 病棟内での看護体験
12:40～13:00 質疑応答 更衣 解散
8. そ の 他 7/26（体験日当日）から3日前以内の発熱（37.3℃以上）が
あった。或いは熱がなくとも風邪症状がある場合は、参加を見合わ
せるよう、お願いいたします。
なお、判断に困る場合は学校教員を通じてご相談下さい。

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 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 股下 (cm) ※ ウエスト(cm)	
年			LL ・ L ・ M ・ S 股下 (cm) ※ ウエスト(cm)	
年			LL ・ L ・ M ・ S 股下 (cm) ※ ウエスト(cm)	
年			LL ・ L ・ M ・ S 股下 (cm) ※ ウエスト(cm)	
年			LL ・ L ・ M ・ S 股下 (cm) ※ ウエスト(cm)	
年			LL ・ L ・ M ・ S 股下 (cm) ※ ウエスト(cm)	
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。
- (3) ユニホームはスクラブとパンツのセットを予定しています。