**浜田医療センター**

**病院見学**



**対象者**：看護学生（学年は問いません）及び既卒の看護師・助産師の方

**実施日**：随時受け付けます。

　　　　　希望日で調整いたしますが、都合により希望に添えない場合が

あります。

**所要時間**：約２時間　【WEB対応可】

**内　　容**：１）病院概要・看護の概要・院内教育の概要

新人教育・新人支援体制の詳細

労働条件・福利厚生、看護師宿舎の説明

２）病院見学（病棟、救命救急センター、救急外来、緩和ケア

など）

* 感染状況により、開催、内容についてご相談させていただく場合があります。

**申込方法**：**1)電話での申込み**

　　　　 　 Tel：0855-25-0505(代表)　担当　副看護部長まで

（電話受付対応時間：平日　8時30分～17時15分）

**2)郵送またはメール、FAXでの申込み**

別紙「病院見学申込書」に記入のうえ、下記までお申し込み

ください。後日担当者より連絡します。

※　申し込みは病院希望日の2週間前までにお願いします。

〒697-8511　島根県浜田市浅井町777-12

独立行政法人国立病院機構　浜田医療センター

Tel：0855-25-0505（代表）

Fax：0855-28-7070（代表）

E-mail：503-kango@mail. hosp. go. jp

担当者：副看護部長

**病院見学申込書**

申込日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 年齢 | | 性別 |
| 氏　　名 |  | 歳 | | 男 ・ 女 |
| 在籍学校名  または卒業学校名 |  | | （　　　）年生 | |
| （　　　）年　卒業 | |
| 連絡先住所 | 〒　　　　-  Tel：　　　　　-　　　　　-　　　　　（常時連絡ができる番号） | | | |
| E-mailアドレス | （可能な方のみ記載） | | | |
| 実施希望日 | ※　都合により希望に添えない場合は、  調整させていただきます。  令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| その他 | 希望事項などありましたら、ご記入ください。 | | | |

申し込み先　　 〒697-8511　島根県浜田市浅井町777-12

独立行政法人国立病院機構　浜田医療センター

Tel ：0855-25-0505（代表）

Fax：0855-28-7070（代表）

E-mail：503-kango@mail. hosp. go. jp

担当者：副看護部長