



地方独立行政法人栃木県立がんセンター

インターンシップのお知らせ

栃木県立がんセンターへ就職を考えている看護学生を対象にインターンシップを行います。

看護師とともに看護活動を体験してみませんか？

実施日時

第1回	平成29年7月26日(水)	9:00~16:30	応募締め切り	7月18日(火)
第2回	平成29年8月2日(水)	9:00~16:30	応募締め切り	7月24日(月)
第3回	平成29年8月9日(水)	9:00~16:30	応募締め切り	7月31日(月)

参加資格 平成30年3月・平成31年3月に卒業見込みの看護学生

募集人数 各回先着14名

研修場所 内科系病棟 外科系病棟 緩和ケア病棟

希望をお聞きますが、希望多数の場合は調整させていただきます

参加費料 無料 *昼食は用意します

参加する際の留意点 ユニフォーム・ナースシューズをご持参ください

インターンシップお申し込み方法

所定の申込用紙に記入し、下記へ郵送かFAX

申込先 〒320-0834 栃木県宇都宮市陽南4-9-13

栃木県立がんセンター 総務課 採用担当係

FAX 028-658-5669 *FAXでお申し込みの場合は、

インターンシップ当日申込用紙の原本をお持ち下さい。

申し込み締め切り後、案内状をお送りします

お問い合わせは

栃木県立がんセンター 総務課 採用担当 または

栃木県立がんセンター 看護部 教育担当師長

☎ 028-658-5151 (代表)

皆さんにお会いできることを
楽しみにしています



【アクセス】

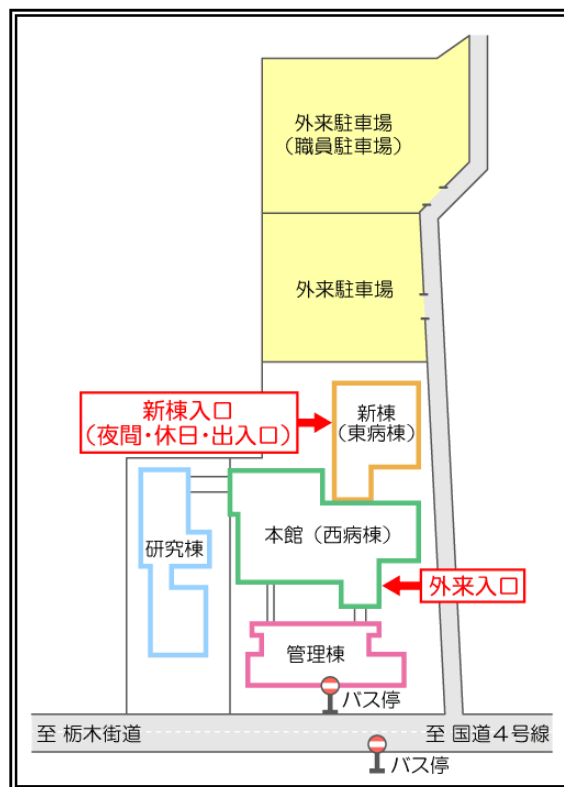
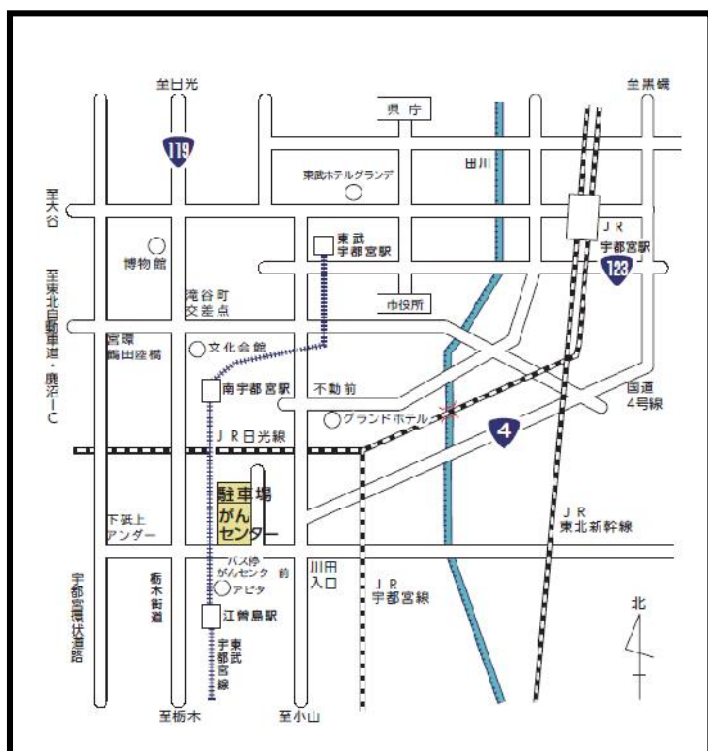
栃木県立がんセンター



〒320-0834 栃木県宇都宮市陽南 4-9-13

詳しいアクセス方法はホームページをご覧ください。

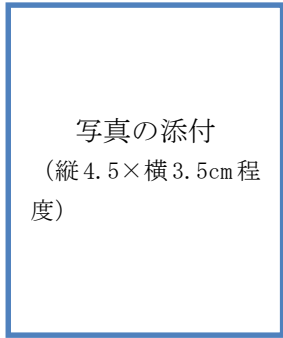
<http://www.tochigi-cc.jp/>



※ 駐車場はありますが、スペースに限りがありますので、できるだけ公共交通機関をご利用ください。

平成 29 年度 インターンシップ参加申込書

参加希望日	平成 29 年 7 月 26 日 8 月 2 日 8 月 9 日 ※ご希望日に○をお付けください		
氏名	ふりがな		
生年月日	昭和・平成	年	月 日生 (歳)
現住所	ふりがな		
	〒		
	電話		
	携帯電話		
緊急連絡先	ふりがな		電話番号
	〒		
看護学校名 看護大学名	方		学年 年
学校所在地			
参加希望部署	第 1 希望 :		第 2 希望 :



誓 約 書

栃木県立がんセンター 病院長様

私は、栃木県立がんセンターのインターンシップ実習中は、栃木県立がんセンター職員の指示に従い、実習に専念することを誓います。

私は、インターンシップ実習生として、実習中知り得た秘密を実習終了後も一切外部に漏らさないことを誓います。

私は、インターンシップ参加中の事故に関しては、自らの責任において対応することを誓います。

平成 29 年 月 日

学校名 _____

実習生氏名 _____ 印