

インターンシップの実施要項

1. インターンシップの定義

学生が在学中に自らの専攻、将来のキャリアに関連した就業体験を行うこと

2. インターンシップの形態

- ①大学における正規の教育課程として位置づけ、現場実習などの授業科目とする場合
- ②大学等の科目ではないが、学校行事や課外活動等大学における活動の一環として位置付ける場合
- ③大学と無関係に企業などが実施するインターンシップのプログラムに学生が個人的に参加する場合

3. 実習の対象者

大学に在籍し、将来看護師・社会福祉士を目指している上記①～③のいずれかに該当する学生

4. 実習の期間・時間

4～5月・12月～1月を除く平日

※1日間・3日間コース

例) プログラム1日間または3日間

1日		2日目		3日目	
9時	オリエンテーション	9時	職場体験	9時	職場体験
10時	施設見学 職場体験				
13時	昼食	13時	昼食	13時	昼食
14時	職場体験	14時	職場体験	14時	職場体験
15時	懇親会	15時	懇親会	15時	意見交換会
16時	解散	16時	解散	16時	解散

5. 研修領域

リハビリテーション看護・対人援助実践

6. 所用経費

本研修の参加費は不要ですが、必要経費（交通費、食事代）については、各自で負担となります。

7. 申し込み方法

インターンシップ申込書に必要事項を記入の上、FAXにて申し込みをしてください。

8. 受け入れの流れ

1) 受付期間はインターンシップ希望日の1か月前まで

メールで事前申し込み

↓

インターンシップ申込書をダウンロードして必要事項記入し、FAXで送信

↓

当院より決定通知書を送付

↓

実施

9. その他

1) ユニフォーム・ナースシューズ（サンダル禁）・保険証（コピー）を持参

2) 宿泊希望の方は相談可

3) 損害賠償責任保険は個人加入

※大学入学時に加入している保険で、インターンシップ対象の保険も

あるので、現在加入している保険会社または大学に確認してください。

一般社団法人 巨樹の会

原宿リハビリテーション病院

インターンシップ申込書

希望職種（※必ず○を付けてください）		看護師・社会福祉士	
氏名	ふりがな		
	印		
生年月日	昭和・平成	年	月 日
現住所	ふりがな		
	〒		
	電話		
	携帯		
緊急連絡先	住所		
	氏名		
学校名	大学	学部	学科
学校所在地	都 道 府 県		
申込の動機			
希望日	1日コース ・ 3日コース		
	第1希望（ ） 第2希望（ ） 第3希望（ ）		

送付先

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前6-26-1

原宿リハビリテーション病院

総務課

☎03-3486-8333 Fax03-3486-8334

✉info@harajuku-reha.com