



一日ふれあい看護体験



患者さんとのふれあいを通し、日頃病院という環境の中で看護・介護の仕事がどのように行われているか体験してみませんか。

【日時】第1回目 ~~平成30年5月19日(土) 10:00~15:00~~ **定員となりました**

第2回目 平成30年7月20日(金) 10:00~15:00

第3回目 平成30年8月24日(金) 10:00~15:00

※いずれか希望する日程

【体験人数】各日 5名程度

【体験内容】病棟に入院中の患者さんとコミュニケーションをとる。
看護師、介護者と共に患者さんの日常のお世話を体験する。

【体験スケジュール】

時間	行動スケジュール内容	担当者
10:00	福井記念病院 正面玄関集合	看護部長・副看護部長
10:00~10:30	更衣	
10:30~11:00	オリエンテーション・病院内見学	看護部長・副看護部長
11:00~12:30	病棟にて体験	病棟師長・主任
12:30~13:30	休憩・昼食(病棟又は図書室)	
13:30~15:00	病棟にて体験	3.5.8病棟師長・主任

【申し込み方法】

添付の申込用紙にて、FAXまたは郵送にてお申し込みください。

定員を満したした場合、先着順とさせていただきます。

申込者が定員を超えた場合のみ、ご担当者へご連絡いたします。

その他事前連絡は基本的にご担当者様とさせていただき、参加者ご本人との連絡は当日の欠席連絡及び緊急時のみとさせていただきます。

【申し込み締め切り】 ※定員を満した場合は下記日付より前に締め切りとなります。

募集状況は当院ホームページにてご確認ください。《<http://www.bmk.or.jp/fukui/index.html>》

~~第1回目=5月10日~~ 第2回目=6月9日 第3回目=7月7日

【費用】 無料

【持ち物】 ジャージ・Tシャツなど活動しやすい服装・うわばき(スリッパ不可)・昼食



お問い合わせ先

福井記念病院看護部 中庭良枝・奥田照美 Tel.046-888-2145

ふれあい看護体験申し込み書

学校名 []

ご担当者氏名 [] ご連絡先 [] /内線 []

①参加希望日 ~~5月19日(土)~~

参加希望者氏名	性別	学年	連絡先住所	電話番号 <small>(当日繋がる番号をお願いします。)</small>
ふりがな			〒	
ふりがな			〒	
ふりがな			〒	

②参加希望日 7月20日(金)

参加希望者氏名	性別	学年	連絡先住所	電話番号 <small>(当日繋がる番号をお願いします。)</small>
ふりがな			〒	
ふりがな			〒	
ふりがな			〒	

③参加希望日 8月24日(金)

参加希望者氏名	性別	学年	連絡先住所	電話番号 <small>(当日繋がる番号をお願いします。)</small>
ふりがな			〒	
ふりがな			〒	
ふりがな			〒	

【申し込み先】郵送の場合

〒238-0115 三浦市初声町高円坊1040-2/福井記念病院 看護部 中庭良枝 宛

FAXの場合: 046-888-2149

医療法人財団青山会 御中

写真等の撮影・掲載についての承諾書

以下の者は、医療法人財団青山会における写真・動画（以下「写真等」とする）の撮影と、撮影した写真等を出版物、ウェブサイト等に使用することを承諾します。

私は、医療法人財団青山会による写真等の撮影および、出版物、ウェブサイト等への写真掲載を承諾いたします。

承諾する事項（にチェックをお願いします）

氏名 写真等（顔あり） 写真等（顔なし） 学校名・団体名

その他希望（ _____ ）

_____ 年 _____ 月 _____ 日

本人署名 _____ 印

保護者署名 _____ 印

（※本人が成人の場合は記入不要）

※ご記入のうえ、当日ご持参ください。