

# 令和3年度第1回病院説明会実施要領

## 1 目的

愛知県医療療育総合センター中央病院説明会を通じて、心身に障害のある人への関心と理解を深め、医療療育総合センターへの就職の動機づけの機会とします。

## 2 応募資格

- (1) 愛知県医療療育総合センターへの就職希望者または検討中の看護学生
- (2) 障害のある人の看護に関心のある看護学生
- (3) 看護師免許保有者

## 3 開催日時

令和3年 5月 22日(土) 午前・午後 各20名程度  
令和3年 5月 30日(日) 午前・午後 各20名程度

## 4 開催場所

愛知県医療療育総合センター 本館棟2階 講堂

## 5 日程

(新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、病棟見学や看護体験は実施いたしません)

内容	午前のコース	午後のコース
受付開始 検温・問診実施	9:30	13:30
病院概要説明	9:45～10:40	13:45～14:30
休憩	10:40～10:50	14:30～14:40
職員との意見交換会	10:50～11:20	14:40～15:10
アンケート記入	11:20～11:30	15:10～15:20
解散	11:30	15:20

## 6 申込方法

参加申込書に必要事項を記入の上、裏面の申込先へFAXまたは郵送(締切日必着)にて、御申込みください。

7 申込締切

令和3年4月26日（月）必着

8 新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のための御協力をお願い

- (1) 開催前2週間以内に感染症が疑われる症状がみられた場合には、参加を御遠慮ください。  
なお、参加決定通知の送付の際に「健康状態確認書」を同封いたします。ご記入のうえ、参加決定通知とともに当日必ず御持参ください。
- (2) 当日はマスクを着用し御参加ください。
- (3) 当日受付の際に検温、問診を実施します。  
その結果によっては参加を見合わせていただく場合があります。
- (4) 感染症の発生状況によっては、開催を中止する場合があります。  
中止する場合は申込者に手紙、または電話で御連絡します。

9 参加決定について

- (1) 参加決定については、個人宛てに通知します。5月7日（金）までに通知がない場合は、下記までお問合せ下さい。
- (2) 希望者が超過した場合は、就職希望者を優先し人数調整をしますので、御了承ください。

10 参加費

無料（交通費は参加者の自己負担とします）

11 申込み・問合せ先

〒480-0392

愛知県春日井市神屋町713-8

愛知県医療療育総合センター 療育支援センター

地域支援課 児童精神支援グループ

研修担当 松尾

TEL 0568-88-0811（代表） 内線 8106

FAX 0568-88-0964

申込み先：FAX 0568-88-0964

〒480-0392 愛知県春日井市神屋町713-8

愛知県医療療育総合センター 療育支援センター 地域支援課 児童精神支援グループ行

### 令和3年度第1回病院説明会参加申込書

申込み締切：令和3年4月26日（月）必着

※必要事項を記入し、該当項目に○をつけてください。

ふりがな		男・女	生年月日	昭和	・	平成
氏名			年	月	日生	(才)
学校名		学年				年
		卒業年				年 卒業予定・卒業
住所	〒					
電話						
携帯電話						
参加希望日	5月22日(土)	( )	午前	( )	午後	
	5月30日(日)	( )	午前	( )	午後	※第一希望は①第二希望は② と数字を明記してください
	( )	いずれの日・時間でも可				
現在、愛知県医療療育総合センターへ就職したいと考えていますか？ ( )はい ( )いいえ ( )考慮中 理由：						
今までに愛知県医療療育総合センターで実習、見学、インターンシップ等に参加したことがありますか。 ( )実習 ( )見学 ( )インターンシップ ( )その他						
既往歴 予防接種 の確認	麻疹(済・未・ワクチン) 水痘(済・未・ワクチン) 風疹(済・未・ワクチン) 流行性耳下腺炎(済・未・ワクチン)					