



愛育病院

就職説明会・オープンホスピタルのご案内



下記の日程で就職説明会・オープンホスピタルを実施いたします。いずれも事前登録制となっております。

○参加要件：当院に就職を希望する看護師・助産師、平成23年4月卒業見込みの方。ただし、オープンホスピタルは看護職として就労した経験がある方の参加はご遠慮ください。

	開催日 平成22年	就職説明会	オープンホスピタル
第1回	3月14日(日)	時間…10:30~12:30 会場…愛育病院 2階第一会議室 募集人数…30名	時間…13:30~16:00 会場…3階、4階病棟・GCU 募集人数…8~12名
第2回	3月15日(月)		
第3回	8月10日(火)		
第4回	8月18日(水)		
第5回	11月5日(金)		

集合場所…当日直接会場においでください

集合時間…就職説明会：10時15分 オープンホスピタル：13時15分

○プログラム

就職説明会

10:30 ~ 10:35	オリエンテーション
10:35 ~ 10:50	病院・看護部概要
10:50 ~ 11:45	病院見学
11:45 ~ 12:30	教育研修・給与・福利厚生など 質疑応答

オープンホスピタル

13:30 ~ 13:35	オリエンテーション
13:35 ~ 15:00	看護ケアの見学
15:15 ~ 15:45	交換会 (先輩助産師・看護師参加)
15:45 ~ 16:00	更衣 終了

○オープンホスピタルに参加する方は

- ①ユニフォーム（実習で使用しているもの）、ナースシューズ、ネームカード、白または肌色ストッキング（ワヒールタイプ着用時）を持参してください。
 - ②予防接種及び罹患歴証明書（この文書の最後部にございます。印刷して使用して下さい。）
- 注）母子手帳の予防接種歴のコピー、在学中の各抗体検査の結果コピーの添付でも可です。コピー添付の場合は医師のサイン、押印は不要です。

※就職説明会のみ参加の方は①②は不要です。

- その他
- ・申し込み受付は、先着順とさせていただきます。
 - ・オープンホスピタルは、個別の病棟希望にはお応えできません。
 - ・就職説明会とオープンホスピタルの両方に参加される方は、昼食は各自ご用意ください。（すぐそばにコンビニがあります。）

○問合せ先 総合母子保健センター 愛育病院看護部
mail : kango@aiiku.net または 03-3473-8103（直通）
（なるべくメールでお願いいたします）

事前登録方法

平成22年2月15日（月）から受付を開始します。
平日 9:00～15:00 の間に以下に電話でお申し込みください。

TEL : 03-3473-8321（代）

※お電話の際は「就職説明会（またはオープンホスピタル）の件で」とお話しください。



社会福祉法人 恩賜財団母子愛育会

総合母子保健センター 愛育病院

〒106-8580 東京都港区南麻布5-6-8

電話 03-3473-8321(代表) FAX 03-3473-8406

ホームページ <http://www.aiiku.net>



感染対策のお願い

当院では、妊娠中の方や、乳幼児の方が多く受診されるため、日頃から、感染対策に注意をはらっております。

昨年来、全国で麻疹（はしか）の流行が認められておりますが、麻疹は感染力が強く、この対策が最も重要です。さらに、結核、水痘、おたふく風邪、風疹等の感染症についても感染対策が必要となります。

このため、実習等、院内の活動に参加していただく場合には、原則として、下記の事項が確認させていただきます。別紙証明書に御記入ください。

（１）麻疹について

下記の１、２のいずれかの事項を確認できる書類（検査結果報告書、母子健康手帳など）をご用意ください。なお、麻疹抗体検査、または麻疹ワクチン接種については、当院またはお近くの医療機関でご相談ください。（抗体検査は結果が出るのに、１－２週間程度かかる場合があります。）

- １．血液検査で十分な麻疹抗体が確認されている（過去１年以内の検査なら可）
- ２．現在までに２回以上の麻疹予防接種を行っている

（２）その他の感染症について

結核に罹患していないことの証明が必要です。

水痘、おたふく風邪、風疹については、まず予防接種歴、罹患歴をお知らせください。まだ罹患せず、予防接種もしていない場合には、この機会に予防接種をしておくことを、おすすめいたします。

大変、恐縮ではございますが、以上の事項が確認できない場合には、実習等の受け入れをお断りする場合があります。ご理解とご協力をお願い申し上げます。

平成２０年５月

愛育病院

院内感染対策委員長

病院長

予防接種および罹患歴証明書

氏名: _____ 男・女 生年月日: 昭和・平成 年 月 日

麻疹	罹患	予防接種 注1)	抗体検査 注2)
	平成 年 月 頃	平成 年 月 日 平成 年 月 日	検査結果: + 土 - 平成 年 月 日

風疹	罹患	予防接種 注1)	抗体検査 注2)
	平成 年 月 頃	平成 年 月 日 平成 年 月 日	検査結果: + 土 - 平成 年 月 日

水痘	罹患	予防接種 注1)	抗体検査 注2)
	平成 年 月 頃	平成 年 月 日 (平成 年 月 日)	検査結果: + 土 - 平成 年 月 日

おたふくかぜ	罹患	予防接種 注1)	抗体検査 注2)
	平成 年 月 頃	平成 年 月 日 (平成 年 月 日)	検査結果: + 土 - 平成 年 月 日

注1) 予防接種は、母子健康手帳等で確認されたものについてのみ記入して下さい。

注2) のぞましい検査法は

麻疹	E I A法
風疹	H I法 (8倍未満が陰性) またはE I A法
水痘	I A H A法 (2倍未満が陰性) またはE I A法
おたふくかぜ	E I A法

ですが、他の方法で既に検査済みの場合は、検査法と抗体価を欄外に記載して下さい。

上記のとおり証明いたします。

平成 年 月 日

医療機関名・住所:

医師名:

印