

# インターンシップ参加申込書

(兼 個人情報の保護に関する誓約書)

平成 年 月 日

横浜労災病院 殿

申込者署名 印

下記のとおり貴院の看護部インターンシップに参加を申し込みます。

なお、インターンシップへの参加により知り得た患者さんの個人情報については、個人情報の保護に関する法律に基づき、本体験以外の目的には使用せず、第三者には漏らさない等プライバシーの保護に留意することを誓約します。

フリガナ		生年	昭和 年 月 日生
氏名		月日	平成 ( 歳)
在籍校	( 学年)		
現住所	〒 - TEL - -		
帰省先	※寮・アパートなど自宅外に居住している方は必ずご記入下さい。 〒 - TEL - -		
平日昼間の連絡先	※当院から連絡を差し上げる場合があります。連絡の番号をお書き下さい。 - - (自宅・携帯・その他 ( ))		
メールアドレス	※携帯電話可		
体験実習を希望する部署	実習を希望する病棟に○印をつけて下さい。 外科系病棟・・・( ) 消化器外科 ( ) 脳神経外科 ( ) 整形外科 内科系病棟 ↑外科系を希望の方は ( ) に1～3までの希望順位をつけてください。 小児病棟 産科病棟 その他 ( )		
希望する期間	平成 年 月 日 ( ) ～平成 年 月 日 ( )		
体験学習に応募した動機・要望など			
入寮の希望期間	※入寮希望の場合はご記入ください。 チェックイン・・・平成 年 月 日 ( ) チェックアウト・・・平成 年 月 日 ( )		