

「インターンシップ」申込書

(兼 個人情報の保護に関する誓約書)

年 月 日

埼玉森林病院 殿

申込者署名 印

下記のとおり、貴院看護部インターンシップに参加申し込みます。

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

フリガナ		生年月日	平成 ・ 昭和 年 月 日 (歳)
氏 名			
在 籍 校	(学年)		
現 住 所	〒 — ☎ — —		
昼間の連絡先	(携帯 ・ 自宅 ・ その他) ☎ — — * 当院から連絡を差し上げる場合があります		
希望する期間	1 日 ・ 2 日 年 月 日 () ~ 年 月 日 ()		
そ の 他 希望事項等			

* 電話で事前申し込み後、下記の宛先に郵送してください。

希望多数の時や病院の事情により研修が出来ない時や日付の変更する場合があります。
ご了承ください。

〒355-0807 埼玉県比企郡滑川町和泉 704

埼玉森林病院 看護部インターンシップ担当あて

医療法人昭友会埼玉森林病院