

インターンシップ申込書

令和 年 月 日

佐々総合病院 御中

私は、看護部インターンシップに下記により申込みいたします。

記

(1) 個人情報

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)		
所属	学校名	学科 年	
現住所	〒		
	連絡先 TEL		
	E-Mail		

(2) 希望日時 *日程が決定している方は、第1希望日の欄のみご記入ください

第1希望	月 日 (日コース)	第2希望	月 日 (日コース)
------	-------------	------	-------------

(3) 希望する研修先 (病棟・部署等)

第1希望		第2希望	
------	--	------	--

(4) インターンシップでやりたいこと、自己PRなど

関心のある分野	
自己PR	☆インターンシップ参加目的や将来の希望進路等。

個人情報保護に関する誓約書

医療法人社団 時正会
佐々総合病院 病院長 殿

私は、貴病院の個人情報保護に関する諸規定を遵守します。
また、インターンシップ中に知り得た患者および病院関係者の個人情報、
貴病院および取引業者の情報資産などを、インターンシップ中はもちろん、
インターンシップ終了後も第三者に故意または過失によって漏洩したり、
貴病院に無断で使用したりしないこと、
およびその結果として貴病院に損害をかけないことを誓約いたします。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印