

平成24年度 インターンシップ参加申込書

平成 年 月 日

フリガナ	
氏名	
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
在籍校名	
現住所	〒 — TEL — FAX —
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。連絡のつきやすい番号をお書き下さい。 — 自宅 ・ 携帯 ・ その他 ()
メールアドレス	※携帯電話のメールアドレスはご遠慮ください。
職場体験を希望する部署	実習を希望される部署に○印を付けてください。 外科系病棟 ・ 内科系病棟 ・ その他の希望 ()
職場体験を希望する期間	希望される日をご記入ください。 ・ 月 日 ()
職場体験に応募した動機・要望	

個人情報保護に関する誓約書

個人情報保護に関する法律に基づき、職場体験に際して知り得た患者様の個人情報については、今回の体験以外の目的には使用せず、第三者に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。

申込者署名

印