

大阪回生病院看護学生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)

大阪回生病院長 殿

平成 年 月 日

申込者署名

下記のとおり貴院の看護学生インターンシップに申し込みます。なお、個人情報の保護に関する法律に基づき、参加に際して知りえた患者様の個人情報については目的以外には使用せず、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		昭和	年	月	日生	性別	女
氏名		平成	年	月	日生		男
在籍校							
現住所	〒	TEL					
連絡先	〒	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。連絡のつきやすい番号をお書きください。						
体験希望の部署	※希望する病棟に○印をつけてください。 外科系病棟 ・ 内科系病棟						
体験期間希望	第1希望	月	日				
	第2希望	月	日				
看護衣サイズ	S ・ M ・ L ・ LL						
感染症の罹患状況	※罹患したものに○印をつけてください。 水痘 麻疹 風疹 流行性耳下腺炎 百日咳 その他()						
※インターンシッププログラムに応募した動機・要望などをお書きください。							