

黒石病院インターンシップ参加申し込み用紙

(兼 個人情報保護に関する誓約書)

令和 年 月 日

国民健康保険黒石病院事業管理者 様

申込者(署名) _____

下記のとおり貴院の「看護職インターンシップ」に申し込みします。

なお、個人情報に関する法律に基づき、参加に際して知り得た患者様の個人情報については、目的以外に使用せず、第三者には漏らさないようプライバシーの保護に留意することを誓約します。

ふりがな					
氏名		生年 月日	年 月 日 (才)	性別	男 女
在籍校(または在籍病院)		(学年)			
現住所 〒	TEL				
出身地())※市町村まで記入をお願いします。				
連絡先 〒	TEL FAX メール				
日中の連絡先(※当院から連絡を差し上げる場合があります。確実に連絡できる場所をお願いします)					
体験希望期間	第1希望 月 日～ 月 日(日間) 第2希望 月 日～ 月 日(日間)				
体験希望部署	※右記診療科から選択し記述してください。 第1希望() 第2希望()		急性期病棟 包括ケア病棟 内科 外科 整形外科 脳神経外科		
感染症の 罹患状況	※罹患したものは□にレ点チェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> その他()				
賠償保険加入の 有無	※看護学校在籍中の方は教務に確認してください。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 保険会社名()				
インターンシップに応 募した動機や要 望事項などお書 きください。					