

財団法人 日産厚生会 玉川病院

看護学生インターンシップ研修参加申込書

(兼 個人情報の保護に関する誓約書)

平成 年 月 日

日産厚生会玉川病院長 殿

申込者署名 _____ 印

下記の通り貴院のインターンシップ研修に参加を申し込みます。

なお、個人情報の保護に関する法律に基づき、参加に際して知り得た患者様の個人情報については、本研修以外の目的には使用せず、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 氏名		年齢	才
		性別	男・女
在籍校			
現住所	〒		
	電話番号：		
連絡先	〒		
	電話番号：		
参加希望日	第一希望：	年	月 日
	第二希望：	年	月 日
希望する部署	第一希望：		
	第二希望：		
白衣サイズ・種類 ※○をつけて下さい	サイズ：	S ・ M ・ L ・ LL	
	種類：	ワンピース型 ・ ズボン型	
応募した動機			

※提出された書類に記載された個人情報については、看護学生インターンシップの実施に必要な業務にのみ使用し、終了後は廃棄処分致します。