

公益財団法人 日産厚生会 玉川病院

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)

年 月 日

日産厚生会玉川病院長 殿

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
参加方法	※どちらかに○をしてください。 来院して参加します ・ オンラインで参加します		
在籍校	学年: 年生 / 卒業予定: 年3月		
現住所	〒		
連絡先	電話番号: メールアドレス:		
参加希望日	※開催期間中の日にちを第二希望までご記入ください。 第一希望: 年 月 日 () 第二希望: 年 月 日 ()		
希望部署	※()に第一希望は(1)、第二希望は(2)をご記入ください。 感染状況によってはご希望に沿えない場合がございます。あらかじめご了承ください。 ()呼吸器内科 ()循環器内科 ()消化器内科 ()一般外科 ()混合病棟 ()整形外科 ()HCU		
応募動機			
その他	特に体験したいことがあればお書きください		