

インターンシップ参加申込書

(兼 個人情報保護に関する誓約書)

平成 年 月 日

申込者署名

印

下記のとおり、黒河内病院の看護部インターンシップに参加を申込みます。

なお、インターンシップへの参加により知り得た患者さんの個人情報については、個人情報の保護に

関する法律に基づきインターンシップ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				生年月日	昭和 平成 年 月 日生 (歳)
現住所	フリガナ 〒				
	* 最寄駅				
	電話				
	携帯電話				
緊急 連絡先	氏名		続柄		電話
看護学校名	(学年在籍)				
希望日	第1希望日	第2希望日		第3希望日	
応募の動機 要望など					