

## 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)

## 黒河内病院 病院長 様

令和 年 月 日

申込者署名 印

下記のとおり、黒河内病院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、今回のインターンシップ以外の目的には使用せず、第3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			生年月日	昭和 平成	年 月 日生 ( 才)
氏名					
現住所	フリガナ 〒				
	* 最寄駅				
	電話				
メール					
緊急連絡先	氏名		続柄		電話
在学中の学校名		( 年生)			
希望日		第1希望日	第2希望日		
感染症の罹患状況		* 罹患したもの、又は予防接種を終了したものに○をつけてください。 又、インターンシップ前に未接種であれば該当ワクチンの接種をお願い致します。			
		水痘 麻疹 風疹 流行性耳下腺炎 (その他 ) 新型コロナウイルス 回			
応募の動機		インターンシップに参加される当日から1ヶ月の間に上記の感染症が流行っていたり 罹患されている方と接触されたことはありますか？			
		・ない 　・ある (感染症名: )			