

# 2019年 インターンシップ参加申込書（看護師）

（兼 個人情報の保護に関する誓約書）

年 月 日 申込

医療法人社団常仁会  
牛久愛和総合病院長 殿

私はインターンシップ参加に際し、個人情報の保護に関する法律に基づき、参加中に知り得た患者様の個人情報について第三者には漏らさない等、プライバシーの保護に留意致します。

フリガナ			
氏名			
生年月日	昭和・平成	年	月 日生（歳）
学校名	（学年）		
現住所	〒	—	
	TEL	—	—
	携帯	—	—
	フAX	—	
帰省先	〒	—	
	TEL	—	—

体験希望日	月 日		
前日泊希望 （院内寮）	<input type="checkbox"/>	希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
希望病棟	外科系病棟 ・ 内科系病棟 ・ その他（ ） ○を付けて下さい		
意見・要望等	..... ..... .....		