

# 蒲郡市民病院

## インターンシップ参加申込書

平成 年 月 日

|   |                             |                 |
|---|-----------------------------|-----------------|
| フリガナ  |                             | 生年月日            |
| 名前  |                             | 年 月 日生 ( 歳) 男・女 |
| 現住所   | 〒 ー ー                       |                 |
| 連絡先   | ① ー ー 自宅・携帯                 |                 |
|   | ② ー ー 自宅・携帯                 |                 |
| 体験を希望した動機   |                             |                 |
| 体験を希望するコース<br>(○をつけてください)                           | ・ 2日コース ・ 1日コース             |                 |
| 1日コースの場合で体験を希望する日(日付に○を)                            | 平成29年3月 23日(木) ・ 24日(金)     |                 |
| 体験を希望する部署<br>(○をつけてください)<br>※参加人数により希望に添えない場合もあります。 | 外科系 ・ 内科系 ・ 小児 ・ 母性 ・ 集中治療部 |                 |
| 是非体験したい内容があれば<br>記入してください                           |                             |                 |
| 学校名及び学年   |                             |                 |

### 個人情報に関する誓約書

平成 年 月 日

蒲郡市民病院様

申込者 \_\_\_\_\_ 印

貴院のインターンシップ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、参加にあたり知り得た患者さまの情報についてはインターンシップ以外に使用せず、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いたします。