

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 (○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7月 27日(木) ・ 28日(金)	
体験を希望する部署 (○をつけてください) ※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 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。