

# 蒲郡市民病院

## インターンシップ参加申込書

年 月 日

フリガナ		生年月日
名前		年 月 日生 ( 歳) 男 ・ 女
現住所	〒 〇〇〇〇〇〇 〇〇 〇〇	
連絡先	① 〇〇〇〇〇〇 〇〇 〇〇 自宅・携帯	
	② 〇〇〇〇〇〇 〇〇 〇〇 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	
希望する日時を記入してください		
体験を希望する部署 (○をつけてください) <small>※参加人数により希望に添えない場合もあります。</small>	外科系 ・ 内科系 ・ 小児 ・ 母性 ・ 救急	
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

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。