

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 | 〒 | ℓℓ - - |
| 連絡先 | ℓℓ - - | 自宅・携帯 E-mail |
| 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。