

公益財団法人 日産厚生会 玉川病院
学生インターンシップ研修参加申込書
(兼 個人情報の保護に関する誓約書)

年 月 日

日産厚生会 玉川病院長 殿

下記の通り貴院のインターンシップ研修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、参加に際して知り得た患者様の個人情報については、本研修以外の目的には使用せず、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します。

ふりがな 氏名	年齢	歳
	性別	男 ・ 女
在籍校	学年： 年生 / 卒業予定： 年 月	
現住所	〒	
連絡先	電話番号：	
	メールアドレス：	
参加希望日	開催期間中の日にちを第二希望までご記入ください。 第一希望： 年 月 日 () 第二希望： 年 月 日 ()	
希望部署	第一希望に (1)、第二希望に (2) とご記入ください。 感染状況によってはご希望に添えない場合がございます。あらかじめご了承ください。 () 呼吸器内科病棟 () 循環器内科病棟 () 混合病棟 () 一般外科病棟 () 消化器内科病棟 () 整形外科病棟 () HCU () 回復期リハビリテーション病棟 () その他 _____	
応募動機		
その他	特に体験したいこと、聞きたいことがあればお書きください	