

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。

フリガナ 氏名		年齢	才
		性別	男 ・ 女
在籍校	学年: 年生 / 卒業予定: 年3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	※( )に第一希望は( 1 )、第二希望は( 2 )をご記入ください。 感染状況によってはご希望に沿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 ( )循環器内科 ( )消化器内科 ( )一般外科 ( )整形外科 ( )HCU		
応募動機			
その他	特に体験したいことがあればお書きください		