

JA静岡厚生連 静岡厚生病院

看護職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)

JA静岡厚生連 静岡厚生病院院長 様

申込み者署名

印

下記の通り貴院の看護職インターンシップ研修に参加を申し込みます。

なお、個人情報保護法に関する法律に基づき、参加に際して知り得た患者さま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。

1. 申込み記載年月日 平成 年 月 日 ()

ふりがな

2. 氏名 _____ 年齢 _____ 歳

3. 性別 男 ・ 女

4. 住所

〒 _____

5. 電話番号 _____

6. 学校名・学年 _____

科 _____ 年 _____

7. 部署案内

病棟名	診療科
2階病棟	産婦人科 小児科
3A病棟	外科 脳外科
3B病棟	整形外科 リウマチ科 耳鼻科
4A病棟	回復期リハビリテーション
4B病棟	内科 神経内科
5階病棟	回復期リハビリテーション
手術室・外来部門	

8. 応募の動機および研修への希望

(_____)