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

個人情報保護法に基づき、研修参加時に知り得た患者さま等の個人情報について、本研修以外の目的には使用せず、第三者に情報を漏らさない等、プライバシー保護に留意することを誓約し、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。

1. 申込み記載年月日　　年　　月　　日（　　）

ふりがな

2. 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　年齢　　歳

3. 性　　別 ：　男性　・　女性

4. 住　　所 ：〒

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5. 電話番号 ：＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿

6. 学 校 名 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　＿＿＿＿科　　年

7. 部署案内

病棟名	診療科
2階病棟	婦人科　小児科
3A病 棟	外科　脳神経外科　皮膚科
3B病 棟	整形外科　リウマチ科　耳鼻咽喉科
4A病 棟	回復期リハビリテーション
4B病 棟	内科
5階病棟	回復期リハビリテーション
そ の 他	手術・外来部門

8. 応募の動機および研修への希望