

## 2017年度夏季インターンシップ参加申込書

(兼 個人情報の保護に関する誓約書)

2017年 月 日

(公財)横浜勤労者福祉協会

汐田総合病院 病院長 小澤 仁 殿

下記の通りインターンシップに参加を申込みます。

なお、私は個人情報保護法第2章に基づき、貴院内において収集された個人情報、診療情報および診療記録に関し、適正な取り扱いに努めることを誓約いたします。

さらに、看護体験中に知り得た個人情報を守秘する事を誓約いたします

申込者署名

ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日 才
学校名 _____ 学年 年 201 年卒業予定	
コース種別 大学・短大・専門学校・進学コース・保健師・助産師 (〒 - )	
住所	
連絡先 ・自宅 Tel ( ) ・携帯電話 ( ) 携帯メールアドレス:	
希望する日にち (どれかに○をつけて下さい) 2017 年 ( ) 7月29日(土) ( ) 8月10日(木) ( ) 8月26日(土) ( ) 12月9日(土) ( ) 12月26日(火) ( ) 2018年 2月24日(土) ( ) その他で希望 第1希望:2017年 月 日 第2希望:2017年 月 日	
体験希望部署 ( ) 急性期消化器外科・内科 ( ) 急性期脳神経系・整形 ( ) 亜急性期 ( ) 療養 ( ) 回復期リハビリ	
応募した動機・体験時の希望などお書きください	
宿泊先の有無 否 ・ 要 ( 月 日 ~ 月 日) *対象 横浜市外・ご自宅より当院まで1時間以上かかる方	

※ 公益財団法人横浜勤労者福祉協会汐田総合病院は、個人情報を適切に管理し、本人の了解なしに第三者に提供等いたしません。