

2016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)

2016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、介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 19 年 月 日 才
学校名	学年 年 201 年卒業予定
(〒 -) 住所	
連絡先 ・自宅 Tel () 携帯メールアドレス:	・携帯電話 ()
希望する日にち (どれかに○をつけて下さい) () 2016年8月6日(土) 12/10(土) () その他で希望 第1希望:2016年 月 日 第2希望:2016年 月 日	
体験希望部署 () 地域包括ケア病棟 () 回復期・リハビリ病棟 () 老人保健施設 () 小規模多機能施設こすもす () グループホーム菜の花の家 () グループホームひまわりの家	
応募した動機・体験時の希望などお書きください	

※ 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。

※ インターシップは、就職をふまえた体験になります。