

## 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)

平成      年      月      日 申込

淀川キリスト教病院 殿

私はインターンシップ参加に際し、個人情報の保護に関する法律に基づき、参加中に知り得た患者様の個人情報について第三者には漏らさない等、プライバシーの保護に留意致します。

フリガナ	
氏 名	
生年月日	昭和      年      月      日生 (      歳)
学 校 名	(      学年)
卒 業	年      月 卒業予定
現住所	〒      -  TEL      -      - ..... 携 帯      -      - ..... アドレス ..... ※携帯電話のメールアドレスは極力ご遠慮下さい。
帰省先	〒      -  TEL      -      - .....

参加希望日	第一希望      年      月      日
	第二希望      年      月      日
希望病棟	外科系病棟 ・ 内科系病棟 ・ 小児病棟 ・ 母性病棟 ○をつけて下さい
質問事項	