

西宮渡辺心臓・血管センター 平成29年度 夏季インターンシップ参加申込書 (兼 個人情報保護に関する誓約書)

平成 年 月 日

西宮渡辺心臓・血管センター 院長 殿

申込者氏名

印

下記のとおり、西宮渡辺心臓・血管センター 平成29年度 看護部 夏季インターンシップ体験に参加を申し込みます。

尚、個人情報の保護に関する法律に基づき、参加に際して知り得た患者様の個人情報については、本体験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いたします。

フリガナ					生年月日			
氏 名					(西暦)	年	月	日
					性別	男	・	女
在籍校	(学年)							
現住所 (連絡先)	〒							
	電話番号:							
希望日	平成29年	希望日時						
	第1希望	月	日	()				
	第2希望	月	日	()				
	第3希望	月	日	()				
希望部署	希望する部署があれば記入ください	第1希望	第2希望	第3希望				
	外来・救急外来・カテ室	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	ICU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	SCU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	一般病棟(脳外科系・循環器系)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
応募動機								