

大阪暁明館病院
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)

(記入日) 年 月 日

大阪暁明館病院 病院長 殿

申込者署名

保護者署名
(未成年者の場合のみ)

下記の通り貴院のインターンシップ研修に参加を申し込みます。
なお、個人情報の保護に関する法律に基づき、参加に関して知りえた患者様の個人情報については本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します。

フリガナ 氏名		生年月日 年 月 日(歳)
		性別 男 ・ 女
在籍校	(年生)	
現住所 (連絡先)	〒 電話番号(- -) メールアドレス()	
緊急連絡先	フリガナ 氏名 (続柄:) 電話番号(- -) メールアドレス()	
参加希望日 <small>※どちらかにチェック</small>	<input type="checkbox"/> 2024年 7月 23日(火)	<input type="checkbox"/> 2024年 8月 15日(木)
希望病棟	外科病棟・内科病棟・整形病棟・手術室よりお選びください 第1希望: 第2希望:	
応募動機		