

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)

平成 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	(回生/年生)		
現住所 (連絡先)			
	電話番号(- -) 携帯電話(- -)		
緊急連絡 先	フリガナ 氏名 (続柄:)		
	電話番号(- -) メールアドレス()		
希望日	第一希望日: 月 日 第二希望日: 月 日		
希望領域	第一希望: 第二希望:		
応募動機			