

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)

令和 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	
希望病棟	第一希望: 第二希望:	
応募動機		