

青森労災病院 看護部 病院見学会・インターンシップ参加申込書

令和 年 月 日

ふりがな			年齢	性別
氏名				
学校名 または 就業先			学部名(専攻名)	学年
現住所	〒			
携帯電話番号				
メールアドレス				
申し込み内容	<input type="checkbox"/> 病院見学会		<input type="checkbox"/> インターンシップ	
希望日	第1希望		月	日
	第2希望		月	日
	第3希望		月	日
希望する部署・ 診療科				
応募した動機 その他質問等				

個人情報保護に関する誓約書

個人情報の保護に関する法律に基づき、参加にあたり知り得た患者さんの情報については、今回の体験以外に使用せず、第三者に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。

申込者署名

提出先	メール : syomu@aomorih.johas.go.jp FAX : 0178-33-3277 郵送 : 〒031-8551 青森県八戸市白銀町南ヶ丘1 青森労災病院 総務課
-----	--