

インターンシップ申込書

氏名	フリガナ
生年月日	西暦 年 月 日生 (満 歳)
現住所	フリガナ
	〒
電話番号	電話
	携帯電話
E-mailアドレス	(携帯不可) @
学校名	(第 学年在籍)
学校連絡先	電話

希望日	第1希望
	第2希望
	第3希望
希望病棟	<input type="checkbox"/> 一般病棟 <input type="checkbox"/> 回復期病棟 <input type="checkbox"/> 療養病棟 <input type="checkbox"/> 不問
来院手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他()
当院よりの希望連絡手段	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> E-mail
特記事項	※その他、希望事項などがあればこちらにご記入下さい。

※E-mailアドレスはお持ちの方のみご記入下さい。

※病棟状況により、ご希望の病棟でインターンシップを受けて頂けない場合もございます。

※希望病棟が複数ある場合、優先順位を数字で記入して下さい。

※次ページの誓約書もあわせてご記入下さい。

インターンシップ誓約書

平成 年 月 日

北斗病院長 殿

氏名

印

学校名

私は、貴院でのインターンシップ実習時間中、貴院職員の指示に従い、
実習に専念する事を誓います。

私は、インターンシップ実習生として、貴院の信用を汚すこと、また
不名誉となるような行為をしない事を誓います。

私は、実習中知りえた個人情報や秘密事項を、実習中及び実習終了後に
においても一切外部に漏らさないことを誓います。

私は、インターンシップ参加中の事故に関して、自らの責任において
対応することを誓います。