平成28年度看護部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28年　　　月　　　日

長 野 県 農 業 協 同 組 合 連 合 会

北アルプス医療センター　あづみ病院

統 括 院 長　 西 澤 　理　殿

申込者署名　　　　　　　　　　　　㊞

下記の通り平成28年度看護部インターンシップに参加を申し込みます。

なお、私は個人情報保護法第2章に基づき、貴院内において収集された個人情報、

診療情報および診療記録に関し、適正な取り扱いに務めることを誓約いたします。

さらに、看護体験中に知り得た個人情報を守秘する事を誓約いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな****氏　　名** | **生 年 月 日**19　　年　　月　　日　（　　才） |
| **学　校　名**　　　　　　　　　　　　　　　学年　　　年　　20　　　年卒業予定　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**コース　種別**　　看護師・保健師 |
| **現　住　所****帰　省　先（市町村のみ記入をお願いします。）****電 話 番 号** |
| **希望する日程**　　　　　　　　　8月26日（金） |
| **体験希望部署**　　　一般病棟　・　精神科病棟、その他関連領域 |
| **応募した動機・体験時の希望などお書き下さい。** |

上記項目へ記載及び、該当項目へ○をお願い致します。