

地方独立行政法人 市立東大阪医療センター
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

市立東大阪医療センター病院長殿

申込者署名

印

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、参加に際して知り得た患者の個人情報については目的以外には使用せず、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)
在学学校		
現住所 (連絡先)	〒 - 電話番号(- -) 携帯番号(- -)	
緊急連絡先	フリガナ 氏名 (続柄:) 電話番号(- -)	
参加日	令和 年 月 日	
感染症の 罹患状況	罹患したもの、または、予防接種が終了したものに○印をつけてください。 また、未接種が判明している場合は、当該ワクチンの接種をお願いします。 水痘 ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 流行性耳下腺炎 ・ その他 ()	
応募動機		