

鳥取県立厚生病院
令和5年度 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)

鳥取県立厚生病院長 殿

申込者署名 _____ 印

下記のとお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等に基づき、参加に際して知り得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。

1. 申込書記載年月日 令和 5年 月 日 ()

(ふりがな)

2. 氏名 _____ 年齢 _____ 歳

3. 性別 男 ・ 女

4. 連絡先住所 (〒 _____)

5. 連絡先電話番号 _____

※病院 (TEL:0858 - 22 - 8181) から、研修内容の調整等のため、ご連絡させていただくことがあります。

6. 学校名・学年 _____ () 年生・回生 _____

7. 参加希望日

第1希望: 月 日 () 第2希望: 月 日 () 第3希望: 月 日 ()

8. 当院の行事への参加 (研修内容の参考にさせていただきます)

看護サマーセミナー (有 ・ 無) オープンホスピタル (有 ・ 無)

9. 実務体験希望部署

第1希望 (内科系 ・ 外科系 ・ 産科) 第2希望 (内科系 ・ 外科系 ・ 産科)

10. 応募の動機

11. 見学したいこと、学びたいこと等 (※状況によっては、希望に添えない可能性がありますのでご了承下さい)

12. その他 (希望事項・理由等)

説明を希望する項目に☑をしてください。

- 福利厚生 ()
 卒後教育システム ()
 認定看護師の活動 ()
 DMAT の活動 ()
 地域連携センターの活動 ()
 その他 ()

※白衣 (ナース服) をお持ちでない方は、ご希望のサイズに○をつけて下さい。

(S ・ M ・ L ・ LL) どのサイズも、チュニックタイプの白衣です。