

平成28年度 愛媛医療センター インターンシップ申込書  
( 兼 個人情報・守秘義務に関する誓約書 )

私は、下記の通り、愛媛医療センターのインターンシップに参加を申し込みます。

今回のインターンシップで知り得た患者様の個人情報や愛媛医療センターの機密事項等についてはインターンシップ参加期間中及び終了後も第三者に漏らさない等、プライバシー保護と守秘義務を遵守することを誓います。

署名 \_\_\_\_\_

記入日 平成 年 月 日

フリガナ			性別: 女 ・ 男
氏 名			
生 年 月 日	S・H 年 月 日	歳	
住 所	〒 _____		
電 話 番 号	携帯:	自宅:	
メールアドレス			
学 校 名	学校名 ( _____ )		
	学部・学科・専攻 ( _____ )		
	( _____ )学年在籍	( _____ )年卒業見込	既卒の方 ( _____ ) 年度卒業
希望体験場所 第3希望までご記入ください ※人数の関係によりご希望に添えない場合があります。	第1希望		
	第2希望		
	第3希望		

[小児感染症について]

看護学生の方は下記の太枠内①、②、③欄をご記入ください。

	看護学校在籍時(概ね3年以内の結果を記入)			
	① 測定値	② 測定方法	③ 抗体価検査結果	ワクチン接種時期
麻疹		法	陽性・陰性	
風疹		法	陽性・陰性	
水痘		法	陽性・陰性	
流行性耳下腺炎		法	陽性・陰性	

〈注意事項〉抗体値が陰性の場合はワクチン接種の時期を記載してください。

既卒者の方は下記の疾患についてわかる範囲で結構ですのご記入ください。

	罹患の有無	ワクチン接種の有無
麻疹	あり・なし	あり・なし
風疹	あり・なし	あり・なし
水痘	あり・なし	あり・なし
流行性耳下腺炎	あり・なし	あり・なし

[白衣貸与について] 既卒者の方のみご記入ください。

白衣貸与の希望の有無(○を記入)	有 ・ 無	有の場合 サイズ( S M L LL 3L 4L )
------------------	-------	----------------------------

質問事項

\* 申込書の記載漏れがないか確認し、2月末日までに看護部宛てに郵送でお送りください。看護学生は学生証の写しもあわせてお送りください。

\* 連絡は記入されたメールアドレスに致します。(アドレスをお持ちでない場合は電話にてご連絡いたします)

\* 提出された個人情報は、インターンシップの実施に必要な業務のみに使用します。