

平成27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 _____ 印 _____

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
住 所	〒 _____			
電 話 番 号	携帯:		自宅:	
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			
希望日	()3月18日	希望場所	第1希望	
希望する日に○をつけてください	()3月22日		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)			ワクチン接種時期
	① 測定値	② 測定方法	③ 抗体価検査結果	
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でご記入ください。

	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	有 ・ 無 有の場合 (白衣のサイズ S ・ M ・ L ・ LL)
------------	---

質問事項

* 申込書の記載漏れがないか確認し、研修希望日の2週間前までに看護部宛てにFAXまたは郵送でお送りください。また学生証の写しもあわせてお送りください。

* 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。