

令和6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。

記入日 令和 年 月 日 署名 _____

インターンシップ申込書

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	①携帯: 連絡が付きやすい時間帯(②自宅:
メールアドレス	※大文字・小文字に注意して記載して下さい	
学 校 名	学校名() 学部・学科・専攻() ()学年在籍(年 月)卒業見込 既卒の方()年度卒業	
希望体験場所 案内用紙「体験場所」の中で、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。	体験希望日 希望する日に○をつけてください。	
第1希望	9月21日(土)	
第2希望	10月5日(土)	
第3希望		

[白衣貸与について] 白衣を持参できない方はご記入下さい。

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)
------------------	-------	----------------------------

質問事項があればお書きください。 ()

* 申込書の記載漏れがないか確認し、9月6日までに看護部インターンシップ担当者宛てにお送りください。

* 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、もしくは受領を確認でき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。

* 開催日1週間以内に感染症に罹患している場合は参加できない可能性がありますのでご注意ください。