

福岡赤十字病院

インターンシップ参加申込書

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	
名前		年 月 日	男・女
現住所	〒	Tel	— —
連絡先	① (自宅)	—	—
	② (携帯)	—	—

個人情報に関する誓約書

令和 年 月 日

福岡赤十字病院長 様

申込者 _____ 印

貴院のインターンシップに参加を申し込みます。

なお、実習中は、貴院の諸規定を遵守するとともに、個人情報の保護に関する法律に基づき、参加にあたり知り得た患者さんの情報についてはインターンシップ以外に使用せず、第三者に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いたします。