

看護学生インターンシッププログラム参加申込書

(兼 個人情報の保護に関する誓約書)

令和 年 日申込

滋賀県立総合病院 看護部長 様

申込者氏名

下記の通り貴院の看護学生インターンシッププログラムに参加します。なお、個人情報に関する法律に基づき、参加に際して知り得た患者様の個人情報については目的以外には使用せず、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。

(フリガナ) 氏名	
生年月日	年 月 日生 (歳)
在籍校	
現住所	〒 - TEL - -
連絡先 平日昼間の連絡先	TEL - - ※当院から連絡を差し上げる場合があります。連絡のつきやすい番号をお書きください。
体験希望部署	※希望する部署に○印をつけてください。ただし希望人数により調整する場合があります。 【こども棟】 病棟・外来・どちらでもよい
体験期間 希望	※希望する日数に○印をつけてください。 1日 2日
体験希望日	第1希望 月 日() ~ 月 日()
	第2希望 月 日() ~ 月 日()
	第3希望 月 日() ~ 月 日()
感染症の 罹患状況	※罹患したもの、または、予防接種を終了したものに○印をつけてください。また体験学習前に未接種が判明してありましたら該当ワクチンの接種をお願いいたします。 水痘・带状疱疹 麻疹・風疹・流行性耳下腺炎 その他()
インターンシップに参加される当日から1ヶ月前までの間に、上記の感染症が流行していたり、罹患されている方と接触したりすることはありましたか? ・ない・ある(感染症名)	
※インターンシッププログラムに応募した動機・要望などをお書きください。	