

鳥取県立厚生病院
令和6年度 インターンシップ参加申込書
(兼 個人情報の保護に関する誓約書)

鳥取県立厚生病院長 様

申込者署名 _____

下記のとおり貴院のインターンシップに参加を申し込みます。

なお、個人情報の保護に関する法律等に基づき、参加に際して知り得た患者の個人情報については、本研修以外の目的には使用せず、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。

記

1. 申込書記載年月日 令和 6年 月 日 ()

(ふりがな)

2. 氏名 _____ 年齢 _____ 歳

3. 性別 男 ・ 女 ・ 回答しない ※更衣室の準備の参考にします

4. 連絡先住所 (〒 _____) _____

5. 連絡先電話番号 _____

※病院 (TEL:0858-22-8181) から、連絡させていただくことがあります。

6. 学校名・学年 _____ () 年生・回生

7. 参加希望日 () 内に第1希望: 1、第2希望: 2、第3希望: 3、をご記入ください

() 7/29日(月) () 7/30日(火) () 8/2(金) () 8/15(木) () 8/16(金)

8. 当院の行事への参加 ※研修内容の参考にさせていただきます

看護サマーセミナー (有 ・ 無) オープンホスピタル (有 ・ 無)

9. 実務見学・体験希望部署 ※手術室・集中治療室は見学がメインになる可能性があります

第1希望 (内科系 ・ 外科系 ・ 産科 ・ 手術室 ・ 集中治療室)

第2希望 (内科系 ・ 外科系 ・ 産科 ・ 手術室 ・ 集中治療室)

10. 見学したいこと、学びたいことを詳細にお書きください 例:分娩室が見たい、実際の処置・ケアが見たい等

※状況によっては、希望に添えない可能性がありますのでご了承ください

()

11. 応募の動機

()

12. 説明を希望する項目に☑をして理由をお書きください。

福利厚生 ()

卒後教育システム ()

認定看護師の活動 ()

DMATの活動 ()

地域連携センターの活動 ()

その他 ()

13. 白衣 (ナース服) をお持ちでない方は、ご希望のサイズに○をつけて下さい。

(S ・ M ・ L ・ LL) どのサイズも、チュニックタイプの白衣です。