

インターンシップ申込書

(ふりがな) 氏名		年 齢		性 別	男・女
学校名 (学科まで)	現在 () 年生 平成 () 年 3 月卒業見込み				
本人現住所 (連絡先)	〒				
	電話	携帯電話			
	メールアドレス	@			
家族住所	〒				
	電話				
体験を希望する 病棟名	第一希望	第二希望			
体験希望日	月 日 (曜日)				
その他希望等が あれば記入して ください					

守秘義務に関する誓約書

私は、福島赤十字病院におけるインターンシップにおいて、下記の事項を守ることを誓います。

1. 研修中に知りえた個人に関する情報は、関係者以外には口外しない。また、研修上必要な場以外では口外しない。
2. 不用意に、患者の診断・治療に関する情報を興味本位に収集しない。
3. 公共の場において患者の情報について話をしない。
4. 患者の情報が書かれている資料、使用したメモは持ち出さない。

年 月 日

福島赤十字病院
院長 芳賀 甚市 様

氏名 _____ (印)