

インターンシップ2020 参加申込書

令和 年 月 日

下記の通り、貴院のインターンシップに参加を申し込みます。

フリガナ		生年月日		
氏 名			昭和・平成 年 月 日 (歳) 性別: 男・女	
在籍校				
学年	年生	当院での実習経験	有 ・ 無	
現住所	〒			
	TEL:		携帯:	
メール アドレス				
研修希望日	第1希望日:	令和	年	月 日
	第2希望日:	令和	年	月 日
	第3希望日:	令和	年	月 日
希望部署	第1希望日:	外科系 ・ 内科系 ・ 小児科 ・ 回復期 ・ 手術室 ・ 救急		
	第2希望日:	外科系 ・ 内科系 ・ 小児科 ・ 回復期 ・ 手術室 ・ 救急		
	第3希望日:	外科系 ・ 内科系 ・ 小児科 ・ 回復期 ・ 手術室 ・ 救急		
体験を希望した 動機・要望等				

※応募期日までに、下記書類を添付して郵送にて提出をお願いします。

【添付書類】 インターンシップ誓約書

さいたま市民医療センター

院長 加計 正史 殿

インターンシップ誓約書

この度、貴院のインターンシップを受けるにあたり、以下のことを誓約いたします。

記

1. 病院の指示命令にしたがい、誠実にインターンシップを受けさせていただきます。
2. 病院の機器設備、備品、器具を大切に扱います。
3. 患者様の安全に十分に注意します。
4. 職場体験を際して知り得た患者等及び病院関係者の個人情報について、体験中はもちろん体験後も第三者に漏洩したり、病院に無断で使用したりしません。
5. 自分の不注意によって事故を引き起こしたときは、自分の責任において処理し、病院に一切補償は求めません。
6. 故意または重大な過失によって病院に損害を与えたときは、その損害を賠償します。

以上

令和 年 月 日

住所

氏名

印
