

インターンシップ申込書

ふりがな		性別	男・女	(写真貼付欄) サイズ 縦 4cm×横 3cm
氏名		年齢	歳	
住所	〒 ー ー			
電話番号	ー ー	緊急連絡先	ー ー (続柄: ー)	
学校名				<input type="checkbox"/> 2027年3月卒業予定
インターンシップの志望動機				

帝京大学医学部附属病院では、個人情報保護に関する法律の施行に伴い、皆様の情報の保護を第一に考え、法に基づいた院内規程等を整備して、皆様の個人情報の取り扱いに一層の適正化を図るよう努めております。ご提出いただいた書類は、当院にて責任をもって管理、破棄いたします。

帝京大学医学部附属病院 病院長 殿

誓約書

私は、以下の事項を誠実に遵守することを誓約いたします。

- ・私は、インターンシップ期間中、帝京大学医学部附属病院指導看護師および病院職員の指示に従い、誠実に業務を遂行いたします。
- ・私は、インターンシップ期間中に知り得た患者および病院の個人情報、病院の業務上の秘密を厳重に守り、インターンシップ期間中およびインターンシップ終了後において第三者に漏洩いたしません。
- ・私は、帝京大学医学部附属病院の信用を守り、病院の不名誉となるような行為はいたしません。
- ・私は、インターンシップ期間中の事故・過失において、加入した傷害保険の補償範囲内で対応します。保険対象外の事故・過失については、自らの責任において対応いたします。
- ・私は、感染症に対してそのリスクを理解して自身の体調管理や行動および、状況に関する事前申告（健康観察票）等について、責任を持って誠実に実施いたします。また、病院職員の指示に従い、自らの責任のもと注意を払い行動いたします。
- ・私は、感染症流行の推移や病院機能に伴い、急遽インターンシップが中止、あるいは自身の体調変化等に伴い不参加になることを了承します。その際の予定外の旅費負担などは、自らの責任で対処いたします。

西暦 年 月 日 (署名)