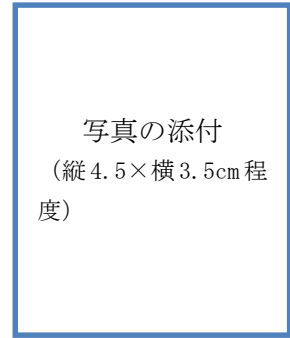


平成 29 年度 インターンシップ参加申込書

参加希望日	平成 29 年 7 月 26 日 8 月 2 日 8 月 9 日 ※ご希望日に○をお付けください		
氏名	ふりがな		
生年月日	昭和・平成	年	月 日生 (歳)
現住所	ふりがな		
	〒		
	電話		
	携帯電話		
緊急連絡先	ふりがな		電話番号
	〒		
看護学校名 看護大学名	方		学年 年
学校所在地			
参加希望部署	第 1 希望 :		第 2 希望 :



誓 約 書

栃木県立がんセンター 病院長様

私は、栃木県立がんセンターのインターンシップ実習中は、栃木県立がんセンター職員の指示に従い、実習に専念することを誓います。

私は、インターンシップ実習生として、実習中知り得た秘密を実習終了後も一切外部に漏らさないことを誓います。

私は、インターンシップ参加中の事故に関しては、自らの責任において対応することを誓います。

平成 29 年 月 日

学校名 _____

実習生氏名 _____ 印