**千葉ろうさい病院　病院説明見学会申込書**

送信先：千葉ろうさい病院総務課担当 FAX　 0436-74-1151

E-mail　[shomuka@chibah.johas.go.jp](mailto:shomuka@chibah.johas.go.jp)

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　名 | （ 男 ・ 女 ）  （ 　　歳） |
| 学校名 |  |
| 平日昼間の連絡先 | （自宅 ・ 携帯 ・ その他（　　　　　　　　　　　　））  　　　　　　―　　　　　　　― |
| メールアドレス  (携帯電話のメールアドレスはご遠慮ください) |  |
| 希望する見学日  第3希望までご記入ください | * 月　　　　　日 * 月　　　　　日 * 月　　　　　日 |
| 希望する部署・診療科 |  |
| インターンシップに  応募した動機  その他質問等 |  |

**個人情報保護に関する契約書**

**見学中は、個人情報の保護に関する法律に基づき、参加にあたり知り得た患者の情報については見学以外に使用せず、第三者に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いたします。**

**申込者署名　　　　　　　　　　　印**

千葉労災病院では「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、個人情報の適正な取り扱いに努めています。

この個人情報はインターンシップ期間終了後、当院にて責任をもって保管、破棄いたします。