

社会医療法人財団 池友会
福岡和白病院長 殿

福岡和白病院 病院見学 参加申込書
(兼 個人情報の保護に関する誓約書)

フリガナ 参加者 氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
性別	男 ・ 女
在学学校名	(年生)
現住所 (連絡先)	〒 - 電話番号 () 携帯番号 ()
緊急連絡先	フリガナ 氏名 (続柄) 電話番号 ()
希望日	平成 年 月 日
応募した動機	
インターンシップ の希望	希望する ・ 希望しない (見学会のみ) 希望する方: 希望場所 ()
インターンシップ の希望方	白衣用身長: c m 靴のサイズ: c m

上記の通り、貴院の見学会に参加を申し込みます。

なお、個人情報の保護に関する法律に基づき、参加に際して知り得た患者様の個人情報については本研修以外の目的には使用せず、第三者には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します。

平成 年 月 日 申込者署名 _____ 印

〒811-0213
福岡市東区和白丘 2-2-75
TEL : 092 (608) 0001
FAX : 092 (607) 3051