

必要事項を記入の上、郵送又は E-mail でお申込みください。E-mail の場合、捺印はインターンシップ当日に行ってください。印鑑をご持参ください。

インターンシップ参加に当たっての個人情報の保護に関する誓約書

宮城県立精神医療センター院長
宮城県立がんセンター院長 } 殿

私は、貴院のインターンシップに参加するに当たり、貴院の患者及び関係者等の個人情報等については、個人情報保護に関する法令等を遵守の上、細心の注意を払って取り扱うとともに、インターンシップ参加中に知り得た個人情報等を第三者に漏えいしたり、貴院に無断で使用しないことを誓約します。

記入日(平成 年 月 日)

氏名	① (□男 □女)
生年月日	年 月 日 (歳)
参加者本人 自宅住所・連絡先	〒 (-) 住所： 緊急連絡先(携帯電話等)：
家族住所・連絡先	〒 (-) 住所： 緊急連絡先(携帯電話等)：
所属学校	(年生)
学校連絡先	電話：