施設見学申込書

（兼　個人情報保護に関する誓約書）

令和　　年　　月　　日

公立野辺地病院

事業管理者職務代理者

院長　中島　道子　殿

申込者氏名

下記のとおり、貴院の施設見学に申し込みます。

なお、個人情報に関する法律に基づき、参加に際して知りえた個人情報については、目的以外に使用せず、第三者には漏らさないようプライバシーの保護に留意することを誓います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 |  | | 生年月日 | | 年　　月　　日  （　　　歳） | 性別 | 男 ・ 女 |
| 在籍校 | | | | | | | |
| 現住所　〒　　　－ | | | | | | | |
| 連絡先　Tel  E-mail  （当院から連絡を差し上げる場合があります） | | | | | | | |
| 見学希望日 | | 第１希望日 | | 令和　　 年　 　月　 　日 | | | |
| 第２希望日 | | 令和　　 年　　 月　 　日 | | | |
| 見学希望部署 | | 第１希望（　　　　　　　　　　　　　）  第２希望（　　　　　　　　　　　　　）  （看護局・訪問看護ステーション・リハビリテーション科・検査科等） | | | | | |
| 施設見学に応募された動機や要望事項などをお書き下さい。 | | | | | | | |