

社会福祉法人愛徳福祉会 南大阪小児リハビリテーション病院  
インターンシップ申込書

平成30年 月 日

日程	①6月6日(水)      ②6月20日(水) いずれかに○印をして下さい。		
フリガナ			
氏名	Ⓜ		
住所	〒      ー		
電話番号			
携帯電話			
E-mail			
生年月日	昭和・平成	年	月 日 ( 歳)
学校名・学年	大学 短大 専門      年		
感染症既往歴  罹患歴・既往歴 について、い ずれかに○印を して下さい。	疾病名	罹患した	罹患していない
	水痘(みずぼうそう)		
	風疹(三日ばしか)		
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)		
	麻疹(はしか)		
	疾病名	既往歴あり	既往歴なし
	結核		
連絡事項等			

当法人個人情報保護規程に基づき、申込者の個人情報の保護を遵守します。

社会福祉法人愛徳福祉会  
南大阪小児リハビリテーション病院

# 誓約書

平成30年 月 日

社会福祉法人愛徳福社会  
理事長 梶浦 一郎 殿

実習生氏名

ⓐ

1. 私は社会福祉法人愛徳福社会南大阪小児リハビリテーション病院におけるインターンシップ実習期間中は、指導者の指示に従い、実習に専念することを誓約します。
2. 私はインターンシップ実習生として、社会福祉法人愛徳福社会南大阪小児リハビリテーション病院の信用を汚すこと及び不名誉となる行為をしないことを誓約します。
3. 私はインターンシップ実習を通じて知りえた秘密並びに個人情報について実習中及び実習後も第三者に故意または過失により開示、提供または漏洩並びに自ら使用しないことを誓約します。
4. 私はインターンシップ実習期間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約します。

以上