九州労災病院　看護部　病院見学申込書

令和　６年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 | （　男　・　女　） |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生　（満　　　歳） |
| 在籍校名 |  |
| 看護師及び助産師等養成機関  卒業見込み年月 | 令和　　　年　　　月　卒業見込み |
| 現住所 | 〒　　　－　　　　　　TEL　　　　－　　　　－ |
| 平日日中の  連絡先 | 当院から連絡を差し上げる場合があります。連絡のつきやすい番号を記入ください。  TEL　　　　　－　　　　　－　　　　　　（自宅・携帯・（　　　　）） |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | ＠ |
| 希望日程 | 第1希望日　　　月　　日（　　）  第2希望日　　　月　　日（　　）  第3希望日　　　月　　日（　　）  ※平日のみ |
| 見学希望部署 | 例）産婦人科病棟、手術室 |
| 備　　　考 | その他ご希望等あれば記載ください |

個人情報の保護に関する誓約書

　個人情報保護に関する法律に基づき、職場体験に際して知り得た個人情報については、今回の体験以外、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します。

申込者署名