

川崎市立多摩病院（指定管理者 学校法人聖マリアンナ医科大学）

就業体験参加申込書
（兼 個人情報の保護に関する誓約書）

川崎市立多摩病院長 殿

申込者署名 _____ 印

下記の通り貴院の就業体験に参加を申し込みます。
なお、個人情報保護法に関する法律に基づき、参加に際して知りえた患者さまの個人情報については、本見学会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。

1. 申込書記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()
2. 氏名 ^{ふりがな} _____ 年 齢 _____ 歳
3. 性別 男 ・ 女
4. 住 所 〒 _____
5. 電 話 _____
6. 卒業年度 _____ 年
7. 臨床経験 _____ 年
8. 希望日 第1希望 _____ 月 _____ 日 第2希望 _____ 月 _____ 日
9. 希望部署 第1希望 _____ 第2希望 _____
10. 希望コース A コース (9:00~12:00) B コース (9:00~15:00)
11. 希望事項 (できるだけ具体的にお書きください)
12. 応募の動機

* 白衣をお持ちでない方は、サイズに○をお付け下さい

(S ・ M ・ L ・ LL)

ネームプレート (有 ・ 無)

— 応募方法 —

《提出書類》

就業体験参加申込書

- * 希望される1週間前までに書類をお送り下さい。その後、参加が決定しましたらご連絡いたします

— あて先 —

〒 214-8525 川崎市多摩区宿河原 1-30-37
川崎市立多摩病院
総務課 就業体験担当

— 問い合わせ先 —

川崎市立多摩病院 総務課 就業体験担当
TEL 044-933-8111 内線 2258

* 提出されました書類の個人情報につきましては、就業体験に必要な業務に限り使用し、終了後は廃棄いたします。

《就業体験に関する諸注意事項》

1. 集合場所 川崎市立多摩病院 2階 総務課
2. 集合時間 午前9時00分
3. ロッカーは当院で準備いたします
4. 昼食は当院で用意いたします（1日コース）
5. 参加費は無料です
6. 当日持参して頂くもの
 - ①白衣
 - ・現在使用している白衣（白衣をお持ちでない方は、申込書にご記入下さい）
 - ②ストッキング
 - ③ナースシューズ（白のスニーカータイプのもの）
7. 参加者の責任について
8. 参加者は研修に参加して知りえた情報については、第3者に漏らさない。
9. 参加者は研修に際して、倫理的な配慮を遵守するため、病院長に対して別紙の誓約書を事前に提出していただきます。
10. 参加者の研修期間中の事故については、加入している傷害保険及び賠償保険により、自らの責任において対応をお願いします。