医療法人勝久会

法人事務局総務部

担当　臼井・磯谷　　宛て

（FAX:0192-27-3306）

（E-mail：office@shokyukai.or.jp）

医療法人勝久会

施設見学＆インターンシップ申込書

下記のとおり、（　見学　／　インターンシップ）を申し込み致します。見学およびインターンシップの際には、プライバシーの保護に努め、利用者様にご迷惑をかけないことを誓約いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 申　込　日 | 令和　　年　　　月　　　　日（　　　） |
| 学　校　名 | （　　学年） |
| 学部・学科名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 見学人数 | 　　　　　名 |
| 見学・インターン希望日 | 希望年月日（月～土） | 希望時間 | 備　考 |
| 第1希望 |  | 　　：　～　： |  |
| 第2希望 |  | ：　～　： |  |
| 連　絡　先 | 学　校　名　　 |  |
| 担当教諭氏名　 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

※施設見学／インターンシップを希望される学生は、申込書に必要事項を記入のうえ、FAXあるいは　　メールでお申込みください。

※見学／インターンシップの対応時間は、月～土曜日の９時～１７時までとなります。

※以下の場合は、お受けできないか、見学・インターン中でも中止することがありますのでご了承　ください。

・施設内外で感染症の流行がある時期（直接、お問合わせください）

・見学ご希望の方が感染源となる可能性がある場合

・プライバシー保護が保たれない行動などが見受けられた場合