

2024  
年度

# 日立総合病院 病院見学会 インターンシップ

開催日 応募締切  
7月30日(火) ⇒ 7月16日(火)  
8月 8日(木) ⇒ 7月25日(木)  
8月22日(木) ⇒ 8月 8日(木)  
9月 6日(金) ⇒ 8月23日(金)

## インターンシップ

8:35 病院集合  
8:45 オリエンテーション  
9:00 看護職場体験  
12:00 昼食(当院準備)

## 病院見学

13:00 病院看護局紹介  
13:20 現任教育について  
13:30 福利厚生  
13:50 院内見学  
14:30 先輩との交流  
15:15 更衣・終了  
15:30 ※希望者寮見学

寮見学も  
実施!  
希望者のみ

## 持ち物

- ユニフォームは実習で使用しているものをご持参ください。
- ナースシューズ、フェイスシールド、筆記用具をご持参ください。
- 昼食は病院でご用意いたします。

株式会社日立製作所 日立総合病院  
☎317-0077 日立市城南町2-1-1  
電話:0294-23-1111(内線8626)

## お申込

- ・当院ホームページ参照
- ・メールにて申込

e-mail: [salyou.nichibyo.nxe@hitachi.com](mailto:salyou.nichibyo.nxe@hitachi.com)

応募はこちらから



見学会・インターンシップ参加申込書

年 月 日

フリガナ		生年 月日	年 月 日生  ( 歳)
氏名			
在籍校			
現住所	〒 ー  TEL : 携帯 :		
平日昼間の 連絡先	*当院から連絡を差し上げる場合があります。連絡が付きやすい番号をお書きください。  TEL :		
メールアドレス			
希望する日時	年 月 日		
インターンシップで 病棟体験を希望 する診療科	第1希望 科 ・ 第2希望 科		
要望・希望			

【応募書類送付先】

株式会社日立製作所 日立総合病院 総務グループ 新嶋 行

郵便番号 317-0077 茨城県日立市城南町二丁目1番1号 (日立総合病院 内)

電話 0294-23-8334 (直通)

E-mail saiyou.nichibyو.nx@hitachi.com

## 個人情報の取扱いについて（見学会・インターンシップ）のご説明と同意書

当院は、以下の定めに従い、病院見学者からお預かりする個人情報（参加申込書等）を取扱います。これに同意いただける場合は、同意書に署名いただき、ご送付いただきますようお願いいたします。

株式会社日立製作所日立総合病院  
院長 渡辺 泰徳  
個人情報保護管理者  
事務部長 天川 務

### 1. 個人情報の利用目的について

当院は、見学者の個人情報を、下記に定める目的に利用いたします。

- 1) 病院見学に関する連絡 概要
- 2) 募集及び医学生対象の研修に関するご案内

### 2. 個人情報の取り扱いについて

当院では見学者の個人情報を上記利用目的の範囲内でいたします。お預かりした個人情報については、不正なアクセス、改ざん、漏えいなどから守るべく、必要かつ適切な安全管理措置を講じます。また、応募辞退の場合を含め、お預かりした各種書類（参加申込書、誓約書 等）は、原則としてご返却いたしませんのであらかじめご了承願います。

### 3. 個人情報の第三者（委託を含む）への提供

当院は、お預かりした個人情報を以下のいずれかに該当する場合を除き、第三者へ提供いたしません。

- 1) 国の機関又は地方公共団体が法令の定める業務を遂行することに対して協力する必要がある場合。
- 2) 応募者および公衆の生命、健康、財産などの重大な利益を保護するために必要がある場合。

### 4. 個人情報を当院に与えることの任意性などについて

個人情報を当院に与えることは応募者のご判断にて行っていただいても結構です。

ただし、応募書類が不足している場合や必要事項（連絡先等）が不明の場合など、第1項の目的を遂行できない場合があります。

### 5. 個人情報の開示、訂正、削除について

お預かりした個人情報を当院が保有している期間においては、応募者ご本人に限り開示を請求することができます。また、同様に訂正、削除を請求することができます。

### 6. 個人情報の開示・訂正・削除・その他お問合せ先について

開示、訂正、削除を請求される場合には、下記までご連絡ください。

日立総合病院 総務グループ採用担当 Tel 0294-23-1111（代表）

### 同意書

上記個人情報の取扱いについて 同意します。

氏名 \_\_\_\_\_

## インターンシップ誓約書

この度、貴院のインターンシップを受けるに当たり、以下のことを誓約いたします。

### 記

1. 病院の指示命令にしたがい、誠実にインターンシップを受けること
2. 病院の機械設備、備品、器具を大切に扱うこと
3. 安全と衛生に十分注意すること
4. 職業体験に際して知り得た患者等および病院関係者の個人情報、病院および取引業者の情報資産などを、体験中はもちろん体験後も第三者に故意または過失によって漏洩したり、病院に無断で使用したりしないこと、およびその結果として病院に損害をかけること
5. 自分の不注意によって事故を引き起こしたときは、自分の責任において処理し、病院に一切補償を求めないこと
6. 故意または重大な過失によって病院に損害を与えたときは、その損害を賠償すること

以 上

年 月 日

住 所

氏 名

印