

病 院 見 学 申 込 兼 誓 約 書

下記の通り、病院見学を申込みいたします。

また、松戸市立総合医療センター病院見学にあたり、以下のことについて誓約いたします。

松戸市立総合医療センター

病 院 長 殿

令和 年 月 日

ふ り が な 氏 名		性 別	男 ・ 女
所 属 (大学名・医療機関名)	〔 大学 4年・5年・6年 研修医 1年目・2年目 〕		
住 所	〒 —		
携 帯 番 号	— —		
見 学 科		見 学 日	月 日 ()

- ☐ 見学で知り得た患者および病院関係者の個人情報、貴院および貴院取引業者の情報などを、第三者に故意または過失によって漏洩したり、貴院に無断で使用したりしません。
- ☐ 見学では指導医担当者および関係職員の指示に従い、感染防御を含めた医療の安全確保のために、常に十分な注意を払います。
- ☐ 貸与されたセキュリティカード(入館証)の管理に責任を持ち、不正使用はいたしません。
- ☐ 上記の誓約に違反し、患者様および貴病院に損害を与えた場合、それ以降の実習・見学を中止し、また損害を賠償する責任を負うことに異議はありません。

※学生証または身分証のコピーを
貼付してください

表面

※学生証または身分証のコピーを
貼付してください

裏面