

病院見学申込兼誓約書

下記の通り、病院見学を申込み致します。

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致します。

松戸市立総合医療センター
病院長 尾形 章 様

令和 年 月 日

氏名		性別	男・女
所属大学名	大学	学年	年生
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、医療の安全に心がけます。
- 貸与されたセキュリティーカード(入館証)の管理に責任を持ち、不正使用は致しません。
- 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