

令和 年 月 日

松戸市立総合医療センター
病院長 烏谷 博英 様

病院見学依頼について

所属大学名
又は所属病院名
学年
氏名
現住所（連絡先）

電話番号

下記のとおり病院見学依頼を致します。

なお、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。また、見学では指導医担当者及び関係職員の指示に従い、医療の安全に心掛けます。

記

見学者^{ふりがな}氏名 :

見学希望日 :

見学希望科 :

※添付書類 学生証または身分証明書のコピー