

令和 年 月 日

獨協医科大学埼玉医療センター

病 院 長 様

依頼者氏名

病 院 見 学 依 頼 書

下記のとおり貴院の病院見学を希望いたしますので、よろしくお願ひいたします。

記

フリガナ 氏名(年齢)(性別)		(歳) (性別)			
現在の勤務先・勤務年数		・ 年目			
初期臨床研修実施病院 及び修了年		・ 年修了(予定) ※現在、初期臨床研修を実施している方は、修了予定年のみご記入ください。			
卒業大学・卒業年度		・ 年卒			
連絡先	住所	〒 -			
	電話		E-mail		
見学希望日	第1希望	第2希望	第3希望		
	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日	月 日 曜日
見学希望診療科					
他にどんなところを見学したいですか					
遵守事項		・ 見学の際に知り得た患者の個人情報等の漏洩、私的利用、これらの行為への加担をしない。 ・ 見学の際は担当教員や職員の指示に従い、感染防止・医療安全の確保に充分注意する。 <input type="checkbox"/> 遵守事項を確認しました。			
宿泊施設利用希望		<input type="checkbox"/> あり → 宿泊期間 月 日 ~ 月 日 <input type="checkbox"/> なし 希望ありの場合は下部の利用案内・注意事項をご確認ください。			