

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・年数等		・ 年目 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	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。					