

No. _____

病院見学申込書

ファクス:042-793-4929 記入日:平成 年 月 日

| | |
|--------------------|---|
| 見学日(又は希望日) | 平成 年 月 日 |
| 見学の目的 | <input type="checkbox"/> 入院前の確認【ご本人、ご家族等】 <input type="checkbox"/> 入職検討のため【入職希望者】 <input type="checkbox"/> 学術的知見を得るため <input type="checkbox"/> その他(具体的目的: _____) |
| 見学者氏名 (代表者のみ記入) | (他 名) |
| 所属 (法人等の場合) | 医療機関・会社 施設・役所・学校他 |
| 住所 | |
| 連絡先電話番号 | |

切り離さないこと

医療法人社団 正心会
よしの病院 院長殿

誓約書

よしの病院の見学に際し、入院されている方々の個人情報保護を確実に実施するため、私(私たち)は下記の約束ごとを守ることを誓います。

【約束ごと】

1、見学中は写真や録音をしたり、メモを取ったりしません。 **【記録禁止】**
2、入院中、来院中の方々に直接話し掛けません。 **【話し掛け禁止】**
3、病院内で見聞きしたことを外部で漏らしません。 **【守秘義務の厳守】**

平成 年 月 日

見学者氏名 1 _____
(全員自筆) 2 _____
3 _____
4 _____

切り離さないこと

| | | | |
|-------------------------|-----|-----|-------|
| 【病院記入欄】 平成 年 月 日 | 承認者 | 確認者 | 受入担当者 |
| | | | |