

見学当日、人事課職員に提出してください。

医学部学生・研修医 病院見学届

見学年月日	令和 年 月 日		
ふりがな			
氏名			
生年月日	昭和 平成	年 月 日生 (歳)	男・女
所属大学名または病院名			
学年または研修年次			
3年次以降の方は初期研修病院			
3年次以降の方は出身大学			
現住所（連絡先）	〒		
電話番号			
メールアドレス			
出身地	都道 府県	市区 町村	
見学診療科			

個人情報保護に関する誓約書

成田赤十字病院長あて

私は、貴院における見学中に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いたしません。また、その結果として貴院に損害をおかけしません。以上の事項を厳守することを誓約いたします。

署名

印