石川県立中央病院　病院見学希望連絡票（医学生）

申込日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| お名前  | (ふりがな)　 | 男 ・ 女 |
|  |
| 生年月日  | （西　暦）　　　　　年　　月　　日 | （　　歳） |
| 見学診療科 (第３希望まで記入ください) | 第１希望： |
| 第２希望： |
| 第３希望： |
| 見学希望日 (候補を複数ご記入ください) |  |
| 交通手段：　公共交通　・　自家用車（駐車場利用） |
| 現住所  | 〒　 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス  | 　 |
| 出身地  | 都 ・ 道 ・ 府 ・ 県 |
| 在籍（出身）大学  | （大学名）　 |
| （卒　業）　年 　3月　　卒業 ・ 卒業見込み |

**※個人情報に係る誓約について**

　私は、貴院で見学中に知り得た患者および貴院関係者の個人情報、及び貴院に係わるあらゆる情報を、見学中はもとより見学終了後においても、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ないこと、およびその結果として貴院に損害を掛けないことを誓約いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

**※当院の臨床研修に関する情報を、メールでお届けして宜しいでしょうか。**

**( はい ・ 不要です ）**

※取得した個人情報は，見学に関する連絡および当院からの臨床研修に関する情報提供にのみ使用します。

石川県立中央病院