石川県立中央病院　病院見学希望連絡票（研修医）

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希望まで記入できます) | 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 |
| 出　身 大　学  | （大学名）　 |
| （卒　業）　　年 　　月卒業 |
| 所　属　病　院  | （病院名）　　　　　　　　　　　　　　研修医　１・２　 年次 |
| （修了見込） | 年　　月見込 |

**※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

石川県立中央病院