

## 聖路加国際病院 見学申込書

ふりがな			
氏名			
所属病院名 (在学名)			
専門科(学年)		職種	医師・看護師・薬剤師・技師 事務・その他( )
連絡先 :	( )		
E-mail アドレス :			
見学希望科			
見学目的			
見学希望期間	第1希望 :	平成	年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	第2希望 :	平成	年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	第3希望 :	平成	年 月 日 ~ 平成 年 月 日
特記事項 (紹介者など)			

上記により貴院に於いて見学・実習をさせていただきたくお願い申し上げます。

平成 年 月 日

自 署

印

聖路加国際病院 院長 殿

### 教育・研究センター記入欄

SMILE ID	使用しない ・ 閲覧のみ ・ 記入も可 生年月日 ( 年 月 日)
ネームカード	必要 ・ 不要

### 確認印

院長	教育・研究センター

<提出先>

〒104-8560 東京都中央区明石町 9-1

聖路加国際病院 教育・研究センター 教育研修部

聖路加国際病院 院長 殿

## 守秘義務誓約書

私は、貴院に勤務あるいは実習等をするにあたり、貴院で知り得た情報（貴院を受診した患者の皆様に関する個人情報、その他の情報、貴院及び関係諸機関に関する情報、貴院に現に勤務しあるいは過去に勤務した職員に関する個人情報、その他の情報）を保護し、現在及び将来にわたり、漏洩しないことを遵守いたします。

違背した場合には厳正なる処分を受けても異議はありません。

20 年 月 日

住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
(自署)

改訂 2008年12月1日