

見学研修等申請書・誓約書

社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス
海老名総合病院
病院長 服部 智任 殿

申請者
氏名 _____ ㊟

この度私は、貴院における見学・研修等を希望するにあたり次の事項を遵守し、かつ履行することを誓約いたします。

1. 病院の就業規則その他サービスに関する諸規定を遵守し、規律の厳守に努め誠実に研修等すること。
2. 研修中のみならず、研修等終了後も知り得た個人（患者）情報等を漏洩しないこと。
3. 病院または職員の名誉を汚すような言動をしないこと。
4. 故意または重大な過失により病院に対し損害を与えた時は、その責任を負うこと。

記

目的	臨床研修病院 見学研修		
(フリガナ) 氏名		生年月日	年 月 日
現住所	〒 【電話】 ()		
緊急連絡先	(フリガナ) 【氏名】 (続柄) 【電話番号】		
最終学歴 (在学)	大学 / 卒業 ・ 在学中 (年)		

問 診 票

- ・本日の体温をご記入ください (.)℃
- ・過去14日以内に発熱や体調不良等、何か症状が出たことはありますか？
()
- ・過去14日以内に新型コロナウイルス陽性者と接触しましたか？ はい ・ いいえ
「はい」に○をつけた方は以下をお答えください。
- (接触日： 接触した場所：)