

近畿大学病院長 殿

病 院 見 学 誓 約 書

今般、貴院で病院見学をおこなうにあたり、以下の事項を確認し、遵守することを誓約いたします。

1. 見学中において知り得た患者情報及び貴院の事項の取扱に十分留意し、見学中及び見学後においても、第三者に漏洩しません。
2. 病院見学につき、医療行為は一切いたしません。
3. 見学の際は、事前に検温・風邪症状の有無の確認を行い、37.5℃以上の発熱および風邪症状があった場合は見学を中止します。
4. 万が一、新型コロナウイルス等の感染症の陽性が確認された場合は、院内感染防止のため行動履歴の追跡等に協力いたします。
5. 風邪症状等により見学が中止となった場合の補填は必ずしもされないことを承知いたします。
6. 病院内ではマスクはサージカルマスクを持参し、鼻と口を覆う正しいマスクの着用・感染対策のための手指消毒を徹底いたします。

年 月 日

氏名（自署）： _____

生 年 月 日： _____

連絡先（携帯電話）： _____

現 住 所： _____

現 勤 務 先： _____

連絡先（TEL）： _____

<病院見学希望内容>

見 学 希 望 日： _____

希 望 診 療 科： _____