

他大学生用

見学願

見学日	開始	令和	年	月	日	
	終了	令和	年	月	日	
大学名			学年			
フリガナ	生年月日		S・H	年	月	日(歳)
氏名	電話番号					
メールアドレス						
現住所 〒						

見学先診療科	
学生教育研究災害傷害保険加入	加入済 ・ 未加入
診療科指導責任者 (印)	受理日 令和 年 月 日

公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター 病院長 殿

私は、横浜市立大学附属市民総合医療センターを見学するにあたり、「個人情報保護に関する法律」及び「横浜市個人情報の保護に関する条例」等を十分に理解し、これを遵守いたします。

私は、見学中に知り得た個人情報を一切第三者に漏らしません。以上、誠実に遵守することを誓います。

署名

連絡先: 横浜市立大学附属市民総合医療センター 人事担当

TEL: 045-253-5392

FAX: 045-253-5702

kkensyu@yokohama-cu.ac.jp

診療科 → 人事担当