

## 見学願

見学日	開始	令和	年	月	日
	終了	令和	年	月	日
勤務先	職位		・研修医		年
			・その他(		)
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					
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

[kkensvu@yokohama-cu.ac.jp](mailto:kkensvu@yokohama-cu.ac.jp)

診療科 → 人事担当