

他院医師用

## 見学願

|         |                            |
|---------|----------------------------|
| 見学日     | 開始 令和 年 月 日<br>終了 令和 年 月 日 |
| 勤務先     | 職位<br>・研修医 年<br>・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 <input type="button" value="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、「個人情報の保護に関する法律」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](mailto:kkensyu@yokohama-cu.ac.jp)

診療科 → 人事担当