

# 見 学 願

年 月 日

市立大津市民病院長 様

氏 名 \_\_\_\_\_

学校名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

このたび、市立大津市民病院の施設見学を希望します。許可いただきますようお願い申し上げます。

## 記

1 希望日時

年 月 日 ( ) 時 分から

2 見学診療科

3 見学理由

なお、市立大津市民病院で見学する方は以下のことを厳守してください。

### 個人情報の取扱いについて

- ・見学生の個人情報は、今後の採用活動、病院からのお知らせなどの情報提供目的のみで利用する可能性があります。お預かりした個人情報は適正に管理し、法令等に基づく場合を除き第三者に提供しません。

### 病院見学の注意事項

- ・見学中に知り得た患者個人情報の第三者への漏洩を厳禁とします。
- ・対応する職員の指示を遵守し、医療の安全に努めてください。

\*ご記入いただいたメールアドレスに病院からのお知らせを送らせていただくことがあります。  
不要な場合はしてください。 不要