

病院見学申込書 (兼 個人情報の保護に関する誓約書)

令和 年 月 日

社会医療法人大成会 福岡記念病院長 殿

申込者署名

下記の通り貴院の病院見学に参加を申し込みます。なお、個人情報の保護に関する法律に基づき、参加に際して知り得た患者様の個人情報については、第三者には漏らさない等プライバシーの保護に留意することを誓約します。

フリガナ			
氏名	男 ・ 女		
在籍大学 又は卒業大学	(学年 ・ 年卒)		
住所	〒		
電話番号	自宅		
	携帯		
メールアドレス			
コース	1日コース (8:00~17:00)		
見学希望日	第1希望日	令和 年 月 日 (曜)	
	第2希望日	令和 年 月 日 (曜)	
見学動機			
見学希望内容			