

医療法人慶友会城東病院 院長 殿

医療法人慶友会 体験研修申込書

1.申込者情報		申込日	令和	年	月	日
施設・団体名						
住所						
代表者氏名			代表者役職			
申込担当者			所属部署・役職			
電話			FAX			
E-mail						

2.参加希望者数および希望日程

※なお、希望日の前月 15 日までに、お申し込みをお願い致します。

参加者人数		第一希望	第二希望	第三希望
人		月 日	月 日	月 日

3.参加希望者名簿

	職種	職位	氏名	特記事項・資格等
1				
2				
3				
4				
5				
6				
合計人数		人		

4.本視察・研修を知ったきっかけ(よろしければお教え下さい)

--

5.その他(重点的に視察したい施設や研修したい内容の希望等があればご記載下さい)

--

体験研修 同意書

下記を遵守し、体験研修を申込みます。

記

1. 第三者のプライバシーに配慮し、許可がない限り施設内での撮影を行いません。
2. 医療法人慶友会の「個人情報保護方針」を遵守し、研修中に知り得た個人情報等を外部に漏らしません。
3. 施設内では、医療従事者としての自覚と責任を持ち、行動いたします。
4. 研修当日までに体調不良者が生じた場合、また研修終了後 3 日以内に感染症の罹患が確認された場合には、速やかに担当者へ連絡いたします。
5. 研修中に万が一の事故が発生した場合は、医療法人慶友会の賠償責任保険の範囲内で対応します。ただし、故意または重大な過失による事故については、申込者の責任負担といたします。

以上の事項を遵守いたします。

日付： 令和 年 月 日

施設名：

署名： 印

※申込担当者の方の署名で構いません。

医療法人慶友会城東病院 TEL 055-233-6411 FAX 055-233-6409 E-mail soumu05@joto-group.com
