

当院への見学について

当院への見学を希望される方は、下記の手順で申し込んでください。

手順

- ① 院長へ電話連絡したのち、見学申込書・誓約書を記入し、郵送で提出してください。
- ② メールまたは電話で見学の可否、及びその他詳細を連絡いたします。

来院時の注意事項

1. 見学者は白衣を持参してください。
2. 時間に遅れる場合や予定に変更のある場合は事前連絡を入れてください。
3. 見学される方は、患者様・指導者の許可があるとき以外は、患者様に直接触れないでください。また、診察・指導はいかなる場合でも行わないでください。
4. 守秘義務は遵守してください。
5. 院内及び敷地内での喫煙は禁止します。
6. 当院の諸規則を遵守してください。
7. 院長及び部署の担当者の指示に従ってください。

朝来ふじい整形外科クリニック
〒669-5102 兵庫県朝来市山東町大垣 61-2
電話 079-676-5102
FAX 079-676-5103

朝来ふじい整形外科クリニック

見学申込書

朝来ふじい整形外科クリニック 院長殿

下記のとおり施設見学をお願いします。

記

★は必ず記入して下さい。

記入日 年 月 日

見学希望日★	第1希望	年	月	日	午前	・	午後	・	終日
	第2希望	年	月	日	午前	・	午後	・	終日
	第3希望	年	月	日	午前	・	午後	・	終日
見学の目的★	<input type="checkbox"/> 入職検討のため <input type="checkbox"/> 学術的知見を得るため <input type="checkbox"/> その他 (具体的目的:)								
見学希望部門★	医師診察 ・ リハビリ ・ その他 ()								
見学者氏名★ ふりがな★									
職業★	学生 ・ PT ・ OT ・ 医師 ・ その他 ()								
住所									
連絡先(電話)★									
メールアドレス★									
勤務先・所属★									
勤務先住所									
勤務先電話									
紹介者									
その他、希望や質問等がございましたらご記入ください。									

当院記入欄

見学可否	可 ・ 否 ()
来院日	年 月 日 時 分 ~ 時 分

朝来ふじい整形外科クリニック 院長殿

誓約書

朝来ふじい整形外科クリニックの見学に際し、私は下記の約束ごとを守ることを誓います。

1. 貴院内では写真・動画を撮影したり、録音をしません。
2. 貴院内で見聞きした患者情報等を外部で漏らしません。
3. 院内及び当院敷地内では貴院の諸規定を遵守します。
4. 見学中に、患者様・指導者の許可があるとき以外は、患者様に直接触れたりしません。また、診察・指導はいかなる場合でも行いません。
5. 見学中は院長及び部署の担当者の指示に従います。
6. 院内及び敷地内での喫煙は行いません。
7. 上記を守らず、改善・退去等を命じられたら速やかに従います。

年 月 日

見学者氏名 : _____ 印