**見　学　申　込　書**

年　　　　月　　　　日

公立みつぎ総合病院　宛

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  |
|  |
| 生年月日 |  |
| 性別 | 男　　　・　　　　女 |
| 大学名 | 大学　　　　　　年  （平成　　年　　月　卒業見込み・　既卒　） |
| 現住所 | 〒　　　－  ＴＥＬ（　　　）　　―  携　帯（　　　）　　― |
| 帰省先 | 〒　　　－  ＴＥＬ（　　　）　　―  携　帯（　　　）　　― |
| メールアドレス |  |
| 見学希望日  （土・日・祝日除く） | * 1日コース　　　月　　　日（　　） * 2日コース　　　月　　　日（　　） |
| 見学にあたり希望すること |  |
| 来院方法 |  |
| 宿泊希望 | 希望する・希望しない  　　月　　　日（　　）～　　月　　日（　　）　：　　泊 |

ご記入いただきました個人情報につきましては、当院の臨床研修に係る事項のみで利用させて頂き

第三者に提供することもございません。

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、別紙「誓約書」の提出が必要となります。

公立みつぎ総合病院　総務課　医局庶務係　宛

〒722-0393　広島県尾道市御調町市124番地

Ｅ－ｍａｉｌ：[mcw124@poppy.ocn.ne.jp](mailto:mcw124@poppy.ocn.ne.jp)

FＡＸ　：（0848）76-3002

本誓約書は、来院の2～3日前にご提出（メール又はFAX)ください。（来院直前の状況を確認するため）

公立みつぎ総合病院

院長　松　本　英　男　　様

**誓　約　書**

私は、公立みつぎ総合病院において実習・見学を開始するにあたり、以下の内容全てを遵守し、相違ないことを誓います。　　〈□に✔を記入〉

□実習開始前 14 日間において、37.5Ｃ以上の発熱、咳、咽頭痛、鼻汁、倦怠感、味覚・嗅

覚異常等の症状があった場合は、来院することなく受入れ部署の担当者に連絡します。

□実習開始前の 14 日間に 10 人以上が集まる集会やイベント、会食に参加した事実はあ

りません。 また、実習期間中も参加しません。

□実習開始前の 14 日間に飲食業、ライブハウス、カラオケ、ゲームセンター、マージャン

店、パチンコ店、バーやナイトクラブなどを利用したり、該当施設でアルバイトをした

事実はありません。また、実習期間中も出入りしません。

□実習期間中はマスクを必ず持参し着用します。

□実習期間中は、手洗い、手指消毒等の感染予防策を徹底します。

□実習期間中、患者と会話する際は、原則、正対（真正面）を避け、適切な距離を保ちます。

□実習開始前の 14 日間に国外や国内流行地に出向いた事実はありません。また実習期間

中も出向きません。ただし、やむを得ない事情（身内の不幸など）で国外や国内流行地に

出向く場合、受入れ部署の実習担当者に連絡し、指示を仰ぎます。

□実習開始前の 14 日間に、国外や国内流行地に在住する家族、友人とは会っていません。

また、実習期間中にも会いません。

□実習開始前の 14 日間に周囲にPCR検査陽性者や濃厚接触者はいません。

以上誓約します。

　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 本人氏名 |  |
| 実習・見学期間 | 年　　月　　日　　　～　　　　　年　　月　　日 |
| 受入れ部署 |  |

上記の者がこの制約内容を遵守するよう、責任を持って指導いたします。

　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関名 |  |
| 責任者名 |  |

（提出先）　〒722-0393 広島県尾道市御調町市124番地

公立みつぎ総合病院　総務課　医局庶務係

TEL (0848)76-1111(代) FAX(0848)76-3002

E-MAIL mcw124@poppy.ocn.ne.jp