

医学生等見学申込書

ふりがな 氏 名	印	性 別 男・女	マ ッ チ ン グ ID (記 載 不 要)
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (令和 年 月 日現在)	生 (満 才)	
現 住 所	(〒 -)	連絡先TEL	
上 記 以 外	(〒 -)	連絡先TEL	
メールアドレス	@		

出 身 大 学	(大学・学部・学科を記載)			昭和・平成・令和 年 月 入学 昭和・平成・令和 年 月 卒業・見込
静岡県奨学金	☐ 有 (貸与期間: 年間) ☐ 無 静岡県医学修学研修資金を貸与されている場合に有			
医 師 免 許	☐ 有 医籍登録 第 _____ 号 昭和・平成・令和 年 月 日登録 ☐ 無 第 _____ 回 (_____ 年) 医師国家試験受験予定			

見学診療科	(見学希望の診療科を記載 (複数可) してください) ※Web見学の場合も記載してください ☐ 上記以外でHMEPハワイ医学教育プログラムに興味がある方			
見 学 日 時	(見学希望の日時を記載 (複数可) してください) ※平日のみ 第1希望 令和 年 月 日 第3希望 令和 年 月 日 第2希望 令和 年 月 日 第4希望 令和 年 月 日			
注 意 事 項	・申込受付後、医師のスケジュール調整を行うため、希望診療科、日時に添えない場合もございます ・調整のため申込された方とメール等でやり取りをさせていただく場合がございます ・直接見学では、原則1日又は半日で行い、1診療科あたり半日でスケジュールします ・Web見学では、以下の事項を禁止していますので誠実に遵守してください ・当院が指定する利用方法以外の使い方、会話が他人に聞こえるような場所での利用 ・会話、画面上に映し出される文字・画像・動画などの録音・録画・保存・第三者への漏洩			

見 学 方 法	☐ 直接見学 ↓ ☐ Web見学 (Microsoft Teams) ↓	
応 募 書 類	・医学生等見学申込書 ・誓約書 ・押印後、郵送 (FAX・電子データ可) ↓	
見 学 案 内	[申込受付後・見学案内] ・メールアドレスへ通知 ↓ (日程調整はメール等で行います) ↓	
日 程 調 整	・服装は白衣持参 ・交通費等の支弁はありません ↓	
事 前 準 備	・案内に従って病院へ ↓	
見 学 当 日	・案内に従って病院へ ↓ ～当日欠席する場合は必ず連絡すること～	[アプリ未導入の方] ・案内メール等よりアプリ導入 [アプリ導入済の方] ・Microsoft Teamsで会議に参加 ・ <u>アカウント取得は不要です</u>



第3号様式

誓約書

独立行政法人国立病院機構

静岡医療センター 院長 殿

私は、貴院の実習生（見学生）として、院内規則を十分に理解し、これを誠実に遵守することを誓います。

一、 私は、貴院の指導責任者等の指示を遵守し、職場の秩序を乱す行為及び貴院の業務に支障を来す行為を一切しません。

二、 私は、患者様の個人情報の保護に関する院内規則を十分に理解し、これを遵守します。

また、実習中（見学中）に知り得た情報は、実習中（見学中）及び実習後（見学後）においても、正当な理由なく第三者に漏洩しません。

三、 私は、実習中（見学中）及び実習後（見学後）において重大な過失により、貴院及び第三者に対して損害を与えた場合は、その損害を賠償いたします。

四、 実習前（見学前）において、新型コロナウイルス感染症等の感染症への対応及び対策を十分に行い、実習（見学）当日に体温測定を行い、発熱が認められる場合には、実習（見学）には参加しません。

令和 年 月 日

住 所

所属名称

氏 名

印