

千葉ろうさい病院 病院見学申込書

送信先：千葉ろうさい病院総務課担当 FAX 0436-74-1151
E-mail shomuka@chibah.johas.go.jp

希望職種	
ふりがな	
氏 名	(男 ・ 女) (歳)
所属(病院名・学校名他)	
平日昼間の連絡先	(自宅 ・ 携帯 ・ その他 ()) — —
メールアドレス (携帯電話のメールアドレスはご遠慮ください)	
希望する見学日 第3希望までご記入ください	☐ 月 日 ☐ 月 日 ☐ 月 日
応募した動機 その他質問等	

個人情報保護に関する契約書

見学中は、個人情報の保護に関する法律に基づき、参加にあたり知り得た患者の情報については見学以外に使用せず、第三者に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いたします。

申込者署名 _____ 印 _____

千葉ろうさい病院では「個人情報の保護に関する法律」を遵守し、個人情報の適正な取り扱いに努めます。この個人情報は見学期間終了後、当院にて責任をもって保管、破棄いたします。