

埼玉医科大学病院 病院見学 申込書（初期）

※□印は該当する項目を■に塗りつぶして下さい。

氏 名	フリガナ	性 別	生 年 月 日
		☐ 男 ☐ 女	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日生
出身大学	大学名	学年 年生	既卒 年卒
住 所	〒		
実家住所			(記入は市町村まで)
メールアドレス	@	(アンダーバー) と- (ハイフン)、0 (ゼロ) とO (オ) 等、わかり難い記号、字にはコメントをお願いします。	
電 話		携帯電話	
見学希望診療科	(原則1日につき1診療科)	希望期間 (できるだけ複数の希望日をご記入ください、診療科と調整いたします。)	
第1希望	科	月 日 ~ 月 日のうち 日間	合計 日間 見学を希望
第2希望	科	月 日 ~ 月 日のうち 日間	
第3希望	科	月 日 ~ 月 日のうち 日間	
希望理由			
希望する 見学内容			
病院実習経験 (大学名及び診療科名)	☐ あり → 大学 科 ☐ なし (在籍している大学の臨床実習経験含む)		
遵守事項	①患者の個人情報保護に常に留意し、見学に際して知り得た患者情報等を他に漏らしてはならない。 ②見学の際は担当教員または職員の指示に従い、感染防止を含めた医療安全の確保のため常に十分な注意を払う。 ③見学当日、「個人情報の保護に関する契約書」に署名・捺印の上提出する。		
宿泊施設利用希望	☐ あり → 宿泊期間 月 日 ~ 月 日	希望ありの場合は下記も記載し、下部注意事項をご確認ください。	
	☐ なし		
	宿泊日及び チェックイン・アウト希望	IN → 月 日 時 から OUT → 月 日 時迄	
保護者氏名			保護者電話
保護者住所			
当院の情報をどの様に知りましたか？ ☐ インターネット ☐ 当院ホームページ ☐ レジデントナビ ☐ その他 () ☐ 紹介 ☐ 教員 ☐ 先輩 ☐ 友人 ☐ その他 (紹介者所属氏名 :) ☐ 研修指定病院合同セミナー (開催日 : 年 月 日)			

※宿泊施設 注意事項

バスタオル、洗面用具、シャンプー、石鹸等の用意はしてありません。
あらかじめご用意ください。

病院見学等でご使用の場合は当施設の利用料金は無料といたします。
ただし、当施設の破損等があった場合は請求させて頂くこともありますので、
あらかじめご了承ください。

※宿泊施設 設備

ユニットバス、机椅子、冷蔵庫、エアコン完備
ベット及び寝具類は備えてあります。

その他、施設 1 階にコインランドリー、自販機コーナー設置