令和 　　年　　　月　　　日

昭和大学附属烏山病院長　殿

施設名：

職名：

氏名： 印

貴病院において、下記により施設の見学を希望しておりますので、許可を申請いたします。

なお見学の際には、貴病院における諸規則および見学者遵守事項を守り、貴病院の責任者等の指示に従います。

これらに違反した場合、見学の停止および許可等を取り消されても異議はありません。

記

1. 見学代表者 ：　　　　　　　　　　　　　　（見学者予定数：　　　　名）

所　　属 ：

２．見学日時 ：　令和　　　年　　　月　　　日　（　　）

３．見学場所 ：　昭和大学附属烏山病院リハビリテーションセンター

４．見学目的 ：

５．内諾の有無 ：　　有　　・　　無

６．連絡先 ：　TEL　（ - - ）

以上

【　見学者遵守事項　】

（申請と同時に、以下の事項に同意したとみなします）

１．見学は営利目的ではなく、研究・教育・福祉等に関するものであること。

２．患者・来院者・教職員等のプライバシーの侵害、心理的影響を及ぼす行為を行わないこと。

３．通行の妨げ等、見学を理由として施設環境を損なわないこと。

４．責任者の許可なく写真・動画の撮影等を行わないこと

５．見学代表者・見学者数等に変更が生じた場合、必ず連絡を入れること。

６．そのほか当遵守事項に無い定めでも、見学当日の状況等によって、担当者が必要と判断して指示をした場合、それに従うこと。