

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

## 見学許可願

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。