

昭和大学附属烏山病院長 殿

施設名:○○○ ○○○

氏名:○○ ○○

印

メール申請の場合、押印は不要です

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

- 見学代表者 : ○○ ○○ (予定参加者数: ○名)
所属 : ○○○○○○
- 見学日時 : 令和○○年○○月○○日 (○)
- 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
- 見学目的 : 見学の目的を具体的にご記入ください
- 内諾の有無 : 有
- 連絡先 : TEL (000-0000-0000)

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)

- 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。
- 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。
- 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。
- 責任者の許可なく写真・動画の撮影等を行わないこと
- 見学代表者・見学者数等に変更が生じた場合、必ず担当者に連絡を入れること。
- そのほか当遵守事項に無い定めでも、見学当日の環境や状況等によって、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。