

年 月 日

見学申込書兼誓約書

国立健康危機管理研究機構 広報管理部長 殿

貴機構の見学のため、以下内容にて申し込みいたします。また、見学期間中は、次の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 国立健康危機管理研究機構における規則及び指示に従うこと。
2. 見学を通じて知り得た患者の情報及び国立健康危機管理研究機構の業務上の情報について、見学時及び終了後も、秘密を保持すること。
3. 見学期間中の疾病及び事故については、個人の責任において対処すること。
4. 見学期間中に施設、器物等を毀損した際、損害を賠償する義務を負うこと。

- **必ず見学希望先部署の内諾をとってからお申し込みください。**
(広報企画室で調整することは原則としてできません。)
- 当日の流れについても、あらかじめ見学希望先部署との調整をお願いいたします。

所属団体名	
申込者氏名	
連絡先 (メールアドレス)	@
見学予定者の職種、 所属、職位及び氏名	※多人数の場合は様式2を提出すること。
見学予定日時	年 月 日 () 時 ~ 時まで
見学を希望する部署 対応者 ※事前に内諾をとってください。	
見学予定場所	
見学を希望する理由、 目的	
その他	

見学予定者一覧

No.	職種（☑をしてください。）	所属・職位	氏名
記入例	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）	国際病院 院長	国際 太郎
1	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
2	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
3	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
4	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
5	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
6	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
7	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
8	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
9	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
10	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
11	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
12	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
13	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
14	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
15	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		