見学に関する申込書

川西市立総合医療センター　病院長　殿

私は、貴院における見学を申し込み、その実施にあたり下記事項のことを誓約致します。

記

1. 守秘義務の遵守
   見学を通じて知り得た患者の個人情報、病状、プライバシーに関する一切の情報、および
   貴院の技術的・組織的な機密情報を第三者に漏洩いたしません。見学の終了後、および
   貴院を離れた後も同様とします。
2. 患者のプライバシー保護
   患者の氏名や識別可能な情報を含む写真動画の撮影、および音声の録音は一切おこないません。
   また、SNS やインターネット等への投稿も行いません。
3. 医療安全と指示の遵守
   見学にあたっては、指導医および貴院職員の指示に従い、医療安全の確保に最優先の注意を
   はらいます。手術の進行や診療行為を妨げる行為は一切いたしません。
4. 感染対策の徹底
   貴院が定める感染症対策（消毒、ガウン着用、体調管理等）を遵守し、自己の健康状態に異常
   （発熱、咳嗽）がある場合は、速やかに申告し見学を辞退します。
5. 損害賠償
   万一、私の故意または重大な過失により、貴院または患者、第三者に損害を与えた場合は、
   その損害について一切の責任を負うものとします

見学実施日＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日＿＿＿＿

指導医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　診療科＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日

【所属/職種】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿／＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【氏　　名】＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿