

# 実 習 申 込 書

年 月 日

社会医療法人岡村一心堂病院 院長 殿

下記のとおり貴院での実習を申し込みます。

申込者住所：

氏名<sup>自署</sup>： \_\_\_\_\_ 印

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

学校(機関)名、所属科名：

記

- ・実習の目的または内容

実習期間 自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

- ・実習手当、交通費、宿泊費の支給は受けず、学生の場合は公共交通機関で通院します。

## 誓約事項

1. 実習の場合所属機関での健康診断では感染性疾患は指摘されていません。

現在の健康状態はつぎのとおりです。 注：いずれかに○または記入

・良好

・経過観察中 (内容 \_\_\_\_\_)

・治療中 (内容 \_\_\_\_\_)

※栄養実習の場合には実習開始日以前に、直近の検便結果を提出します。

2. 実習・見学にあたり貴院より報酬を受けることはなく、従って実習・見学中は雇用関係がないことを確認し、貴院の責に帰さない事故については貴院の指示のもと自己の責任において処理します。

3. 実習・見学中は貴院の指示に従い、業務を阻害する言動はせず、知り得た業務上の機密並びに患者さんのプライバシーは実習・見学後とも一切漏洩しません。撮影・録音をする場合は事前に貴院の許可を受けた範囲に限ります。4. 実習・見学中に得た情報は貴院の許可なく公表(SNSに掲載を含む)しません。

5. 故意または過失により、貴院に対し損害を与えた時には直ちに弁償します。

以上

実習・見学に関する連絡先： 086-942-9919

実習・見学される方は開始の一週間前までにこの実習・見学申込書(本人用)をご返送下さい。

特別な事情がない限り、この申込書に対する回答は致しませんのでご了承下さい。

開始時刻の15分前に、当院受付にお越し下さい。

実習の場合、評価用紙・実習用スカー、清潔な実習衣は各自でご準備下さい。

また、昼食は各自ご持参ください。