

※記入後の提出先は 臨床研修センター 又は 職員課人事担当にお願いします。

# 医学部学生・研修医 病院見学届

見学年月日： 平成 年 月 日	
フリガナ	昭和
氏名	平成 年 月 日生（ 歳）
所属大学または研修病院	
学年または研修年次	
現住所（連絡先） 〒	
連絡先電話番号：	
メールアドレス：	
見学診療科	
学生教育研究災害傷害保険または 医師賠償保険の加入	加入済 ・ 未加入

## 公立大学法人 横浜市立大学附属病院 病院長

私は、横浜市立大学附属病院を見学するにあたり、患者様の個人情報の保護に関する条例等を十分に理解し、これを遵守いたします。私は、見学中に知り得た患者さんの個人情報を一切第三者に漏らしません。

以上、誠実に遵守することを誓います。

署名

今回記入いただいた氏名、住所、電話番号、メールアドレスを、当院の研修医またはシニア・レジデント募集に関連した諸事項の連絡に利用させていただくことがあります。

内容に変更が生じたとき、お知らせが不要になった場合は速やかに下記に連絡下さい。

連絡先： 臨床研修センター resident@yokohama-cu.ac.jp  
045-787-2976(直通) 内線：3175

横浜市立大学附属病院 臨床研修センター