

令和 年 月 日

東京大学医学部附属病院 病院長 殿

施 設 名 :

職 名 :

代 表 者 名 :

印

見 学 許 可 願

下記により貴院の見学をしたいので御許可下さるようお願い申し上げます。

なお、見学に際しては東京大学医学部附属病院実習・見学における機密保持ガイドラインの他貴院から個別に指示されたその他の事項を遵守いたします。違反した場合は、見学を停止されまたは見学の許可を取り消されても異議はありません。

記

1. 月 日 : 令和 年 月 日 ()

2. 時 間 :

3. 目的 (具体的に) :

4. 見 学 希 望 部 署 :

5. 責 任 者 及 び 連 絡 先 :

(連絡先 :)

6. 見 学 者 及 び 身 分 :

7. 対 応 者 : (連絡先 :)

8. 内 諾 の 有 無 : 有 ・ 無

9. そ の 他 :

(見学者遵守事項)

1. 見学は研究又は教育に関するものであること。特に、営利目的でないこと。
2. 患者及び来院者、教職員のプライバシーを侵害したり、心理的影響を及ぼしたりするような行為は行なわないこと。
3. 見学を理由に診療環境を損なわないこと。(診療の妨げとなる行為、通行の遮断等)
4. 許可なく写真撮影・VTR撮影等は行わないこと
5. 見学者数等に変更が生じた場合には必ず事前に連絡をすること。
6. その他、院内関係者の指示に従うこと。