

西暦 年 月 日

医療法人新光会 不知火病院
院長 松下 満彦 宛

見学申込書

日 時	西暦 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
申込者	団体名・個人名	病院(会社)名	
		代表者氏名 印	
	(住所)		
		TEL - - :FAX - - :Email	
見学の 具体的な目的			
申込までの経緯	マス・メディア： 新聞・テレビ・雑誌・Homepage・その他()		
	紹介者 氏名： (団体名)		
見学希望者			
氏 名	職 位(所属部署)	職 種	
特記事項			
<p>※ 当院は、治療を最優先いたしますので、人数および内容に制限をさせていただく場合があります</p> <p>※ 見学日は特記事項の欄に第2、第3希望までご記入下さい。時間は原則、午後からとなります。</p> <p>※ 必要事項をお書き込みの上、FAXにてお申込ください。</p>			
<p>医療法人新光会 不知火病院 担当:総務課(江口)</p> <p>〒836-0004 福岡県大牟田市大字手鎌1800番地 (Tel)0944-55-2000 (Fax)0944-51-4005</p>			

誓約書

機関名 医療法人 社団 新光会 不知火病院

代表者 理事長 徳永 雄一郎 殿

私は、この度貴施設の見学・研究活動のための診療等への参加（以下、「研究活動」という）にあたり、下記の事項を遵守し、誠実に対応することを誓約します。

万が一これに違反し、若しくは相違のあった場合には、貴施設よりいかなる処分がなされてもなんらの異議を申立てないことはもちろん、これにより貴社に損害を被らしめた際には、その損害賠償の責に任ずることを誓約します。

記

1. 先に提出した見学申込書等の記載事項は事実に相違ないこと。
2. 貴施設での「研究活動」で知り得た個人情報及び技術上・業務上の秘密情報（以下、「秘密情報」という）の保持に万全を期し、施設外のいかなるものに対しても、施設の「秘密情報」を漏らし、また漏らそうとしないこと。
3. 正当な権限をもつ施設の責任者の承認を得ることなく、「秘密情報」を第三者に開示、漏洩または利用（研究発表等）しないこと。

以上

西暦 年 月 日

現住所 _____

氏名 _____ 印