

# 病院見学に関する誓約書

関西医科大学附属病院長 殿

私は病院見学（以下「見学」）にあたり、歯学生としてふさわしい態度で見学に参加させていただき、下記の項目について理解・同意しましたので署名いたします。  
下記の項目に従わなかった場合は、処罰を受ける可能性があることを承知しています。

## 記

1. 患者さんの個人情報保護に常に留意し、見学に際して知り得た患者情報を決して他に漏らしません。また、個人情報を記録するようなことはいたしません。あわせて、自らの見学内容に関係ない情報を閲覧することも決していたしません。
2. 見学中は病院職員に準じて行動し、また指示に従い、感染防止を含めた医療安全の確保のために、常に十分な注意を払います。
3. 患者さんと接する機会がある場合、病院職員とともに患者さんに見学に対する同意を得ます。
4. 患者さんなどの保有する病原体が血液、排泄物、分泌物を介して自らに感染する危険性およびその予防法について、病院職員から事前に十分な説明を受けます。
5. 見学中に貸与される通行証やロッカーの鍵を紛失した際は、弁償いたします。

令和      年      月      日

\_\_\_\_\_大学 歯学部

学年 \_\_\_\_\_ 又は \_\_\_\_\_年卒

学生氏名(自筆署名) \_\_\_\_\_