

岩手医科大学附属病院
病院長 殿

施設見学申込書 (就職希望者用)

貴施設を下記により見学いたしたく申し込みます。

ふりがな		
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	
有資格者	職種	
	在籍機関名	
	最終学歴	学校名： 卒業年：平成・令和 年 3月卒業
見学日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分～	
連絡先	住所	
	電話	
備考		

<注意事項>事前に人事担当者と見学日時を調整の上、申込書をお送りください。

学生の場合は、この様式ではなく学校からの依頼文書にてお申込みください。

なお、見学するにあたり、次の事項を遵守いたします。

1. 見学の際は職員の指示に従い行動します。
2. 個人情報の保護に関する法律ならびに関連する政省令、貴院規程等を遵守します。
3. 見学で知りえた個人情報以外の情報については、貴院の了承無しに、使用または第三者に開示いたしません。
4. 携帯電話は指定の場所で使用します。

令和 年 月 日

氏名 _____ (印)