

見学者・実習者 確認書

見学・実習開始日：_____年____月____日

見学者・実習者の氏名：_____

所属：_____

来院目的：_____

堺市立総合医療センター

院長 大里 浩樹 様

上記の者は、当施設における感染症対策を遵守しており、実習または見学当日の段階で、新型コロナワクチンの2回目接種より14日以上経過していることから、堺市立総合医療センターでの実習または見学を許可します。

所属機関名：_____

所属長：_____

※自署または記名押印