

障がい者診療見学申込書

札幌歯科医師会口腔医療センター

見学者氏名	職業	所属(勤務先)
見学日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
見学の目的 および要望		

申込年月日 平成 年 月 日

住所(勤務先所在地) _____

連絡先 Tel _____

見学代表者 _____

《 個人情報の保護に関する誓約 》

本見学にて知り得た個人情報を正当な事由なく、第三者に漏らさないことを誓約します。

故意または重大な過失により損害をおかけした時はその責任を負います。

氏名(自署) _____ 印