

口腔センター見学届

見学年月日	平成 年 月 日 時 分から 平成 年 月 日 時 分まで 日間
場所	口腔センター（ 水戸 ・ 土浦 ）
見学希望者 ふりがな 氏 名 所 属 職 種 出 身 校	公益社団法人茨城県歯科医師会（会員である，会員でない）
連絡先 現 住 所 電 話 番 号	〒
理由 (希望する見学内容)	
紹介者	
写真撮影	(希望する ・ 希望しない) 写真撮影を希望する場合はセンター管理者の許可を得ること

個人情報保護に関する誓約書

（公社）茨城県歯科医師会口腔センター所長 殿

私は、貴センターにおける見学中に知り得た患者および病院関係者の個人情報、貴センター及び貴センター取引業者の情報などを、第三者に故意または過失によって漏洩したり、貴センターに無断で使用したりいたしません。また、その結果として貴センターに損害をおかけしません。以上の事項を厳守することを誓約いたします。

署名 _____ 印

センター長（管理者）承認

_____ 印