

名寄市立総合病院 病院（実習・見学）許可書

（実習当日、ご持参ください）

令和 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	年齢	性別
氏 名		昭和 年 月 日 平成	歳	
学校名	学年		学科名	
実習・見学 日 程	令和 年 月 日 ~ 月 日			
実 習 先	科	実習日数	日・週間	

《来訪時の☑項目》

1. 病院見学にあたり所属教育機関での対策の有無 （有 ・ 無）
2. 当日の健康状態 【体温 . °C】 （良好 ・ 普通 ・ 悪い）
3. マスク着用の有無 （有 ・ 無）
4. 実習開始以内3日間のコロナ感染症検査結果（写） （有 ・ 無）
※下記項目でどちらも無の場合は、検査結果の提出は免除となります
 - 1) 実習開始前2週間において感染流行地域への往来有無 （有 ・ 無）
 - 2) 実習開始前2週間におけるアルバイト（飲食関係等）の有無 （有 ・ 無）

上記項目で☑有となる場合は、コロナ感染症検査（抗原定量）を実施いただきます

上記について確認しましたので 見学・実習 を許可します。
（別紙「病院実習及び見学受入の再開条件」について留意願います）

令和 年 月 日

名寄市立総合病院 院長 室野 晃一

（総務課 担当者 木谷 海斗 ）