

吉田病院 御中

高校生 1 日医師体験の参加に対する同意書

高校生 1 日医師体験の参加について、保護者として下記の点について同意いたします。

- ①医師体験に参加する学生の通学する高校が決定・発表している、オープンキャンパスや体験学習、その他の企画やイベント等への参加に対する方針について、確認し従った上で参加します。
- ②高校生 1 日医師体験に参加した後に、当該学生の新型コロナウイルスへの感染が確認されたとしても、吉田病院が責任を負うものでないこと、および治療等の補償を求めないことについて了承します。(ただし、保健所などの行政機関によって院内感染と認定された場合は除きます。)

年 月 日

参加者氏名 _____

保護者氏名 _____

※この同意書は、参加当日に持参し、ご提出ください。