

高校生医師体験の参加に対する同意書

高校生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します。

- ① 通学する高校の方針に従うこと
- ② 高校生1日医師体験に参加した後に、新型コロナへの感染が確認された場合、受け入れ病院に対して補償を求めないこと

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。