

年 月 日

広島市西部こども療育センター
所長 岡島 枝里子 様

所属名
所属長名

作業療法見学について(依頼)

下記のとおり、西部こども療育センターでの作業療法見学を希望しますので、了承いただきますようお願いいたします。見学にあたっては、注意事項を遵守します。

また、事前に担当者様とは打合せをさせていただいています。

記

1.対象児名

2.日 時 年 月 日 時 分 ~

作業療法担当者名: _____

3.目 的

4.見学者名

5.連 絡 先

※注意事項

- 見学に際して知り得た個人情報を、本人の同意なく第三者に漏洩しないこと。
- 施設内及び施術中の撮影又は録音については、職員の指示に従うこと。
- 職員の了解を受け取得した、施設内及び施術中の撮影、又は録音したデータは取得者本人の責任において適切に管理することとし、データに起因したトラブルには、当センターは一切関与しないこと。

年 月 日

広島市西部こども療育センター
所長 岡島 枝里子 様

所属名
所属長名

言語療法見学について(依頼)

下記のとおり、西部こども療育センターでの作業療法見学を希望しますので、了承いただきますようお願いいたします。見学にあたっては、注意事項を遵守します。

また、事前に担当者様とは打合せをさせていただいています。

記

1.対象児名

2.日 時 年 月 日 時 分 ~

言語療法担当者名: _____

3.目 的

4.見学者名

5.連 絡 先

※注意事項

○見学に際して知り得た個人情報を、本人の同意なく第三者に漏洩しないこと。

○施設内及び施術中の撮影又は録音については、職員の指示に従うこと。

○職員の了解を受け取得した、施設内及び施術中の撮影、又は録音したデータは取得者本人の責任において適切に管理することとし、データに起因したトラブルには、当センターは一切関与しないこと。

年 月 日

広島市西部こども療育センター
所長 岡島 枝里子 様

所属名
所属長名

理学療法見学について(依頼)

下記のとおり、西部こども療育センターでの作業療法見学を希望しますので、了承いただきますようお願いいたします。見学にあたっては、注意事項を遵守します。

また、事前に担当者様とは打合せをさせていただいています。

記

1.対象児名

2.日 時 年 月 日 時 分 ~

理学療法担当者名: _____

3.目 的

4.見学者名

5.連 絡 先

※注意事項

○見学に際して知り得た個人情報を、本人の同意なく第三者に漏洩しないこと。

○施設内及び施術中の撮影又は録音については、職員の指示に従うこと。

○職員の了解を受け取得した、施設内及び施術中の撮影、又は録音したデータは取得者本人の責任において適切に管理することとし、データに起因したトラブルには、当センターは一切関与しないこと。