

実習・見学时誓約書(様式2)

一般財団法人 住友病院
院長 金倉 譲 殿

参加者の中に、発熱・下痢等の感染性疾患の疑いのあるものがないことを確認しました。

参加者一同、

- ①実習・見学期間中は貴院の指導者・案内者の指示に従う
- ②実習・見学期間中に知りえた個人情報・機密情報について、実習・見学終了後も含め第三者に漏らさない
- ③貴院に損害を与えた場合は責任をもって賠償することを誓約いたします。

1. 実習・研修・見学日

令和 年 月 日 ～令和 年 月 日

2. 代表申込者

機関名:
部署名:
氏 名:

3. 参加者名簿(代表申込者を除く)

機関名・部署名 (代表申込者と同じ場合は「同上」と記載)	氏 名 (自署願います)

以上