

誓 約 書

令和 年 月 日

鳥取市病院事業管理者 様

養成機関等の名 称

受託実習生の住 所

〃 氏 名 印

私は、実習期間中は鳥取市立病院実務実習薬学生受入れ規程並びに関係規程等を
遵守し、実習することを誓います。

上記に反した場合は、実習を停止され、又は実習の許可を取り消されても異議は
ありません。