

臨床実習に関する誓約書

鳥取市立病院
鳥取市病院事業管理者 様

私は、貴院での実習期間中は、鳥取市立病院実習生受入要項及びその他関係規定等を遵守し、実習することを誓約いたします。

また、実習中に知り得た患者および病院関係者の個人情報、病院および取引業者の情報資産などを実習中はもちろん実習終了後も、第三者に故意または過失によって漏洩したり、病院に無断で使用したりしないこと、およびその結果として病院に損害を与えないことを誓約いたします。

令和 年 月 日

養成機関（学校・施設）名 _____

住 所 _____

氏 名 _____ 印