

## 誓 約 書

福岡歯科大学医科歯科総合病院

管理者 殿

介護老人保健施設

私は、貴施設での臨床実習を行うにあたり、下記の事項を遵守することを誓約いたします。

### 記

1. 貴施設の諸規則を十分に理解し、遵守いたします。
2. 臨床実習指導者の指導・監督のもとで行動します。
3. 故意または過失により発生した実習中の事故、怪我については、自己において責任を負います。
4. これらの事項に違反し、患者あるいは貴施設に損害を与える行為があった場合、実習が中止となる場合があること、損害を賠償する責任を負うことに異議ありません。
5. 実習中に知り得た患者及び貴施設関係者の個人情報を、実習中、実習後を通して、これらの情報を第三者に漏洩したり、無断で使用しないこと、貴施設に損害を与えないことを誓約致します。

令和 年 月 日

学校名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印