

誓 約 書

令和 年 月 日

島根大学医学部附属病院長 殿

所属
氏名

印

私は、島根大学医学部において実習を行うに当たって、本学の「個人情報取扱規則」を理解し、下記の事項を遵守することを誓います。

記

1. 私は、実習期間中、貴学部の指示・指導に従います。
2. 私は、実習生として貴学部及び貴職員の職務の信用を傷つけ、又は不名誉となるような行為は一切いたしません。
3. 私は、実習期間中に知り得た秘密及び個人情報を、実習中及び実習終了後においても第三者に漏らしません。
4. 私は、上記の事項に反した場合は、貴学部及び貴職員又は被害を受けた第三者に対して自ら責任を負います。