

平成 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構

群馬中央病院

院長 田代雅彦

施設名

研修者 氏名

⑩

住所

電話

## 誓 約 書

私は、貴院においてNST業務に関する研修を受けるに当たり、以下の事項を遵守することを誓約します。

### 記

1. 貴院の規則に従い、貴院・患者その他関係者様に一切迷惑をかけないこと。
2. 機密保持に関する次の遵守事項を了知しこれを遵守すること。
  - イ.研修中に知り得た情報(個人情報含む)を第三者に開示もしくは漏洩しないこと。
  - ロ.研修修了後においても上記を遵守すること。
3. 私の故意、重大な過失または遵守事項違反により貴院に損害が生じたときは、その損害を賠償すること。
4. 通勤中に事故が生じたときは、自己で解決し貴院に迷惑をかけないこと。
5. 私が次の事項のいずれかに該当し、貴院が研修を中止すると認めたときは、正当な事由がない限りこれに従うこと。
  - イ.貴院の諸規則に違反した場合。
  - ロ.機密保持に関し問題が生じた場合。
  - ハ.研修中の態度不良などにより初期の目的を果たし得ないと認めた場合。
  - ニ.負傷または疾病により研修を続けることができないと認めた場合。
  - ホ.貴院との間に解決しがたい問題が生じた場合。

以上