〇〇年〇〇月〇〇日

［４.７］

誓　約　書

〇〇法人〇〇会

　〇　〇　病　院

　　病院長　〇〇　〇〇　様

〇〇〇〇専門学校

〇〇〇〇科

氏　名　〇〇　〇〇　㊞

保護者　〇〇　〇〇　㊞

貴院における医療事務実習にあたり、下記の事項を厳守する事を誓います。

記

1. 貴院の実習担当責任者の指揮及び監督に従います。
2. 本実習実施期間中の報酬、および通信費、食費等の手当は受け取りません。
3. 貴院の内部情報や患者様の個人情報に関することを、実習期間終了といえども一切

他言しません。（ＳＮＳ含む）

1. 就業規則、その他の諸規則を固く守ります。
2. 業務の都合上、実習時間及び実習日の変更がある場合にも、これに従います。
3. 貴院の職場秩序を守り、実習生として品位品格を損なうことはいたしません。
4. 無断で欠勤、遅刻、早退はいたしません。やむをえない場合は必ず実習担当責任者に連絡いたします。
5. 故意、あるいは重大な過失により、貴院に損害を与えたときはその責を負います。
6. 医療事務実習に先立ち、学校等の指導に従いインターンシップ活動賠償責任保険を契約いたします。（補償内容は別紙参照）

10．この誓約に違反し、実習生として相応しくない行為があった場合、その後の実習が停止

になることに意義ありません。

以　上