

{当院から交付いたします}

別記様式第2号

第 号
平成 年 月 日

養成機関等の長

代表者名 様

山鹿市病院事業管理者 豊永 政和

受託実習生受入許可書

平成 年 月 日付けで実習委託申請のあったことについては、受託実習内訳書（別紙2）のとおり受入れを許可します。

については、受託実習料 円を当院の指定口座に振り込んでください。また、誓約書（別紙3）を実習開始時まで提出してください。

<振込先>

肥後銀行 山鹿支店（当座）133

ヤマガシビョウインジギョウキギョウスイトウイン イイダ ケイシ
山鹿市病院事業企業出納員 飯田 啓詩

山鹿市民医療センター 事務部総務課
人事給与係 田尻、弓掛

〒861-0593 山鹿市山鹿 511

TEL0968-44-2185(内線607) fax.0968-44-2420

E-mail: hp-soumu@city.yamaga.lg.jp



誓約書

山鹿市民医療センター
事業管理者 豊永 政和 様

私は、貴施設・病院での「臨床.....実習」にあたり、次のとおり遵守することを誓約いたします。

1. 実習期間中は、専ら所定の実習に従事し、実習目的の達成に努めること。
2. 実習上知り得た個人情報に関する事項については、実習中及び実習後においても、故意又は過失によって公表または第三者に提供及び漏洩、滅失、改ざん、及び利用目的以外の目的に使用しないこと。
3. 実習期間中は諸規定を遵守し、不品行その他信用失墜等の行為をしないこと。
4. 自己の故意又は過失によって、貴院に損害が生じた場合は、賠償責任を負うこと。

平成 年 月 日

(学校名).....

(学生氏名)..... 印

