

令和 年 月 日

誓約書

病院 院長 殿

所属

氏名

私は、貴院における研修を許可された場合、下記の事項について誓約します。

記

1. 私は、貴院の諸規定を遵守し、研修指導責任者及び研修指導者の指示に従います。
2. 私は、貴院の業務に支障を来し、又は信用を傷つけ、不名誉となる行為はしません。
3. 私は、研修中および研修終了後においても研修上知り得た貴院の秘密及び患者等個人情報等を第三者に漏らしません。
4. 私は、日本消化器外科学会の「症例報告を含む医学論文及び学会研究会発表における患者プライバシー保護に関する指針」を遵守し、研修中に経験した症例の取り扱いに十分な注意を払います。
5. 私は、研修における成果を貴院以外で発表するとき、あらかじめ届け出ることを了承します。
6. 私は、故意または重大な過失により貴院および石川県病院薬剤師会に損害を与えたときは、その弁済の責を負うことを了承します。

以上