

## 誓 約 書

私は、貴病院内における実習・研修について、以下の事項を厳守します。

なお、いずれかの項目に違反していることが判明した場合、実習・研修が中止されても、一切の異議申し立てをしないことを誓います。

1. 実習・研修は、指導者の命に従い、誠実に行います。
2. 実習・研修中に事故を起こした場合は、国立大学法人神戸大学の故意または過失による場合を除きその責任を負います。
3. 実習・研修の間に知り得た個人情報については、守秘義務が生じることを理解し、実習・研修期間中はもちろん、終了後においてもその情報を第三者に漏らしません。
4. 国立大学法人神戸大学の財産に重大な損害を与えた場合は、その代償の義務を負いません。

5. 医療安全・医療倫理の講義を受講しています。 受講済 未受講  
(受講済の場合は最終受講日を記載してください。)

医療安全講義： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日受講済

医療倫理講義： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日受講済

6. 国立大学法人神戸大学医学部附属病院内では、多くの患者が治療、入院されていることから、実習・研修の期間中は、以下の感染症伝播防止対策を厳守します(確認のうえ☑)。
- 発熱、発疹、呼吸症状(咳、痰など)がある場合には、実習・研修を自主的に控えます。
  - 活動性の感染症疾患に罹患している際には、実習・研修を行えないことを了承します。
  - 実習・研修において、自ら病原体の伝播者(不顕性感染者を含む)となることを防ぐため、別紙のウィルス抗体価測定又はワクチン接種を実習・研修の開始前までに行いました。

年 月 日

神戸大学医学部附属病院長 殿

本人住所

氏 名

( 自 署 )