実習誓約書

ＪＡ愛知厚生連 海南病院
病院長　奥村　明彦　殿

私は、この度の実習にあたり、院内規則を十分に理解し、次の事項を遵守することを誓います。

1. 秩序について

私は、指導者等の指示を遵守し、職場の秩序を乱す行為及び業務に支障を来す行為を一切致しません。また、実習に適した清潔な服装・身なりで実習に臨み、実習生であることがわかる名札を着用します。

2. 院内感染防止について

私は、院内感染防止のため予防接種記録等を提出します。また、麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎について､いずれかで 2 回の予防接種の記録等がなく､罹患歴もなく、かつ免疫が不十分（抗体陰性または低抗体価）な状態で、ワクチン接種を受けていない場合は、自ら指導者等に申し出ます。

3. 個人情報保護及び守秘義務について

私は、実習において知り得た個人情報について、実習中はもとより実習終了後も、不正に使用または第三者に漏洩することは致しません。

4. 損害賠償について

私は、実習中及び実習後において重大な過失により、貴院及び第三者に対して損害を与えた場合はその損害を賠償致します。

5. カルテ記載を行う場合について（医学生のみ）

私は、担当患者のカルテのみを使用し、その他のカルテは開きません。カルテ使用に関しては指導者の指示を受け、カルテの記載のみとし、記載後は記載内容の指導を受けます。オーダ発行・変更は行いません。

日　　付	年　　月　　日		
実習する職種	医師・看護師・薬剤師・リハビリ その他（　　）		
学　校　名			
氏　　名		生 年 月 日	年　　月　　日
実 習 期 間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・下記、病院記載欄・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

使用カードID	

医学生・看護学生　　（本人記載）→（教育研修室）→（医療情報室保存）
上記以外　　（本人記載）→（実習部署）→（医療情報室保存）