

インターンシップ申請書兼誓約書

ふりがな		性別
氏名		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
電話番号 (携帯電話可)		
ふりがな		
現住所	〒 -	
学校名		学年
実習予定期間		
実習希望 診療科名		

私は、インターンシップ期間中に発生した災害、感染等の事故および私の故意または過失による貴施設への損害については、すみやかにその旨を申し出るとともに貴施設に対しての一切の責任を負い弁償、処理することを誓約いたします。また、実習（見学）期間中に知り得た情報については、法令・条例等を遵守し、一切漏洩しないことを約束します。

なお、新型コロナウイルス感染症にかかる感染対策として、次の事項をインターンシップ1週間前からインターンシップが終了するまで遵守します。

- 1 私は、3つの密（密閉、密集、密接）を避けた生活を送ります。
- 2 私は、夜間や休日において、不要不急の外出は控えます。
- 3 私は、クラスターとなり得る感染の危険性の高い場所へ出入りしません。
- 4 5人以上の飲食を伴うイベントへ参加しません。

- 5 私は、毎朝検温をします。
- 6 発熱（37.5℃以上）症状、味覚症状、または嗅覚症状等体調に変化がある場合には、実習・見学を休みます。
- 7 前記6の症状等を発症した場合、市立青梅総合医療センターからの要請にもとづきPCR検査を受けることを承諾します。

令和 年 月 日

氏 名

市立青梅総合医療センター 病院長 殿