病院実習誓約書

国立国際医療センター　院長　宮嵜　英世　殿

私、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、今回の貴センターでの病院実習（見学）に関し、以下の諸項目を遵守する事を誓います。いずれかに違反することがあれば、実習（見学）が中止となっても異議ありません。

本人署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　署名日　＿＿＿＿＿年　＿＿＿＿＿月　＿＿＿＿＿日

実習（見学）期間　＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿日　～　＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿日

記

1．　国立国際医療センターでの病院実習に際し、個人情報の秘密厳守が生じる事を理解し、その情報を一切外部へ持ち出さない事を誓います。

2．　実習（見学）期間中は、職員の指示に基づき行動いたします。

3．　国立国際医療センターの各診療科では、原疾患及び加療等により、易感染性患者が多数入院されている事から以下の病院内感染症伝播防止対策を病院実習中に厳守する事を誓います。

・実習中に、私が病原体の伝播者（不顕性感染者を含む）となる事を防ぐため、別紙：流行性ウイルス疾患の抗体価及びワクチン接種状況確認を病院実習前に行い、有意な抗体価に至った事を確認しました。

※抗体価に至るとは、次のいずれかに該当する場合をいいます。

①ワクチン接種歴が２回ある場合

②貴センターの基準による抗体陽性

・発熱、発疹、呼吸器症状（咳、痰など）の出現時には、病院実習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、病院実習を行い得ない事を了承します。

4．実習（見学）期間中の疾病及び事故については、個人の責任において対処します。

5．実習期間中に施設、器物等を毀損した際、損害を賠償する義務を負います。

2026 年 10 月８日　医療教育部門