

様式第5号（第8条関係）

足 寄 町 長 様

誓 約 書

年度足寄町保健業務インターンシップによる実習を実施するにあたり、下記の事項を遵守することを誓約いたします。

1 実習条件

実習期間 年 月 日（ ）～ 年 月 日（ ）
実習時間 午前 時 分～ 午後 時 分
実習場所
報 酬 無報酬

2 遵守事項

- ・上記の研修条件及び足寄町の服務規則等を守るとともに、指導者の指示に従い誠実に研修する。
- ・職場秩序を乱すような行為並びに足寄町の信用を傷つけ、又は足寄町の不名誉となる行為はしない。
- ・実習中に知り得た一切の情報は、研修期間中はもちろん実習終了後も決して他に漏えいしない。
- ・実習中に事故が発生した場合は、自身が事前に参加する保険で処理をし、足寄町の責任には帰さないものとする。
- ・故意又は重大な過失により、足寄町に与えた一切の損害について賠償の責を負う。

年 月 日

学校名 ※学生のみ

氏 名（自署）

住 所