

# 誓約書

## 来院者用(受託実習/病院研修/病院訪問・見学)

島根大学医学部附属病院長 様

私は、島根大学医学部附属病院に来院し(受託実習/病院研修/病院訪問・見学)をするにあたり、以下の内容を遵守しますので、院内実習等の許可をお願いします。

1. 貴病院で求められている基本的な感染対策を実践します。
2. 貴病院から院内実習・研修等の中断を求められた場合には速やかに求めに応じます。
3. 実習・研修等に参加する前の2週間から体調の変化があれば速やかに申告します。
4. 実習・研修等に参加する前の2週間から陽性者・濃厚接触者等に接した可能性がでてきた場合には速やかに申告します。
5. 実習・研修等に参加する2週間前から新型コロナウイルス感染リスクと考えられる行動を実習・研修等に臨む準備と理解し自粛します。

年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_

所属機関名 \_\_\_\_\_

※状況によって再検査の実施ならびに健康管理票やワクチン接種証明書提示が必要となる場合があります。

※コロナ検査結果について

検査日 \_\_\_\_\_ 検査の種類 ( PCR 検査, 抗原定量検査, 抗原定性検査キット )

※最終の新型コロナウイルスワクチン接種年月日を記載してください。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ( \_\_\_\_\_ 回目)

※その他 配慮が必要な事項(自由記載)

---

---