**誓　約　書**

春日井市民病院

院長　成瀬　友彦　殿

弊社は、令和〇年〇月〇日の春日井市民病院アピアランスケア無料相談会に参加するにあたり、下記事項を遵守することを誓約します。

記

１． 活動期間中は貴院職員の指示に従うこと。

２． 貴院の名誉又は信用を損なう行為を行わないこと。

３． 貴院の設備、器具、備品その他の物品を大切に取り扱い、活動以外の目的で、これらを使用しないこと。

４． 活動期間中に知り得た貴院の内部情報や患者の個人情報については、活動期間中は勿論のこと、活動終了後においても他に漏洩しないこと。

５． 活動期間中、患者との間に金品や物品の授受は行わないこと。その他の経済的利益を受けないこと。

６．　貴院に提出済みの書類に記載した事項が事実と相違しないこと。

７． この誓約に反して貴院に損害を与えたときは、損害賠償の責任を負うこと。

令和〇年〇月〇日

会社名

住　　　所　〇〇〇〇

代表者氏名　〇〇〇〇　㊞