

※実地研修開始までに、提出してください。

内を記入してください。

記入日 ○○年○○月○○日

社会福祉法人秋田県社会福祉協議会

会長 宛

所属住所

所属名称

住所(居住)

受講番号 (        —        —        )

受講者氏名

印

自署の場合、押印不要です。

### 誓約書

私は、「秋田県介護職員等によるたん吸引等研修実地研修」を受講するに  
当たり以下のことを誠実に守ることを誓います。

1. 実地研修期間中に知り得た利用者及びその家族の個人情報の取扱方法を厳守し、個人情報等の保護を徹底して行います。
2. 実地研修期間中及び実地研修終了後に個人情報等について、不正に使用し又は第三者に漏えいすることは絶対にしません。  
また、第三者に個人情報等が漏えいするおそれのある全ての行為を行いません。

記入日 年 月 日

社会福祉法人秋田県社会福祉協議会  
会長 宛

所属住所

所属名称

住所(居住)

受講番号 (      —      —      )

受講者氏名

印

## 誓 約 書

私は、「秋田県介護職員等によるたん吸引等研修実地研修」を受講するに  
当たり以下のことを誠実に守ることを誓います。

1. 実地研修期間中に知り得た利用者及びその家族の個人情報の取扱方法を厳守し、個人情報等の保護を徹底して行います。
2. 実地研修期間中及び実地研修終了後に個人情報等について、不正に使用し又は第三者に漏えいすることは絶対にしません。  
また、第三者に個人情報等が漏えいするおそれのある全ての行為を行いません。