20　　年　　月　　日

研修書式2

公立大学法人横浜市立大学附属

市民総合医療センター

病院長

|  |  |
| --- | --- |
| 所属： |  |
| 氏名： |  |

**治験関連の実習・研修に関する誓約書**

この度私は、西暦20　年　月　日～西暦20　年　月　日に公立大学法人横浜市立大学附属市民総合医療センター（以下「病院」という。）にて治験関連の実習・研修を希望いたします。つきましては、「治験関連の実習・研修にあたっての注意事項」を熟読しましたので、次の各項目について誠実に履行することを誓約いたします。

１．病院の定める諸規則、手順、心得等を遵守し、指導者・監督者の指示に従って行動いたします。

２．患者の個人情報の保護及び製薬企業の機密情報、病院の機密情報の保護に特に留意し、当該情報を入手いたしません。

３．知り得た患者の個人情報及び製薬企業、病院の機密情報については、第三者に漏洩することがないよう、適切に保護・管理いたします。

４．知り得た被験者の個人情報及び製薬企業、病院の機密情報を利用し、株式投資や特許申請などの個人の利益に繋がる行為は行いません。

５．知り得た患者の個人情報及び製薬企業、病院の機密情報が第三者に漏えいしたことが判明した場合、速やかにその旨を病院に報告し、以後の対応について病院の指示に従います。

６．故意または過失により、病院の施設または器物に損害を与えた場合、または患者の個人情報及び製薬企業、病院の機密情報の漏えいにもとなって病院に損害を与えた場合は、その賠償の責を負います。

７．治験関連の研修・実習の終了後、または退職後・卒業後においても、上の1から6について、誠実に履行いたします。

実習生等の署名（直筆）