様式第4号 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ａ4判）

　　　　　　　　　　　　誓　　　約　　　書

　このたび貴院　　　　　課程　　　　　　　　　　　　分野・科の受講を許可されたので、

研修に関する諸規定を遵守することを保証人連署のうえ誓約します。

　　　令和　　　年　　　月　　　日

（本人）

現住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　　　　　）

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（押印又は署名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　昭和

平成　　　年　　　月　　　日生

（保証人）

現住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　　　　　）

職業及び本人との関係

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（押印又は署名）

国立保健医療科学院長 殿