

令和 年 月 日

## 誓 約 書

(あて先) 八尾市立病院長

私は、貴院で実地修練を受けるにあたり八尾市立病院における  
「実地修練規約」を遵守することを誓約いたします。

施設名

職 種

氏 名

⑩