

(様式2)

誓約書

年 月 日

石川県農林水産部畜産振興・防疫対策課長 様

大学名
氏 名

石川県獣医師職場インターンシップ実施要領に定められた下記について遵守し受講することを誓います。

なお、遵守できない場合、又は受入機関の業務に支障を生じる恐れがあると判断された場合には、直ちに実習を中止することに同意します。

記

- 1 石川県獣医師職員の業務内容に興味を持ち、理解を深めるために受入機関での実習を希望する。
- 2 実習期間中、県の服務規律に従うとともに、受入機関の指導、監督に従わなければならない。
- 3 実習中に知り得た秘密を漏らしてはならない。実習を終えた後も同様とする。