

(様式第9号-令和5年度版)

茨城県地域リハビリテーション支援センター長 殿

## 誓約書

病期別等見学受入施設の申請にあたり、以下の事項を遵守し承諾することを誓約いたします。

### 記

- 1) 病期別等見学受入施設での見学研修を通して知り得た受講者の個人情報の取扱いには細心の注意を払い、第三者への漏洩又は本人及び本会の許可なく開示することはいたしません。
- 2) 病期別等見学受入施設の准指導者として認定を受けるにあたり新たな認定要件が生じた場合、それが認定後であっても速やかにこれに応じ、病期別等見学受入施設の准指導者として認定の維持に努めます。
- 3) 2) の認定維持に必要な手続きを行わなかった結果、本認定を失効した場合において、事務局に異議を唱えることはありません。
- 4) ウェブサイト等において、病期別等見学受入施設一覧に所属施設名、連絡先、管理者、監督者および准指導者氏名等が掲載および公開されることに同意します。  
※特段の事情があり公開に不都合がある場合はご連絡ください。
- 5) 病期別等見学受入施設の認定期間は、2023年4月1日～2026年3月31日までとなることを承諾します。

以上

本誓約書について

本認定の主体は茨城県若手リハ専門職卒後研修の事務局にあります。しかし、社会的な要求に答えより有意義な認定を目指すために、申請者の同意を得ることなく認定要件を変更する可能性があります。この場合、認定要件の変更は申請者にも適用されます。

令和 年 月 日

貴施設名 \_\_\_\_\_

管理者氏名 \_\_\_\_\_ 印