**臨床実習用院内PHS借用に関する誓約ならびに同意書**

１．私は、徳島大学医学部医学科が所有する院内PHS（内線番号　 　　　）

ならびにその付属品を、徳島大学病院での臨床実習で使用するために、

　　　　年　　月　　日から　　　　年 　　月　　日まで

借用します。

２．私は院内PHSを臨床実習において必要な場合にのみ使用し、他の用途には使用しません。上記の借用期間の終了時にはすみやかに返却します。

３．私は院内PHSを取扱説明書に従って適切に使用し、その本体および付属品の一部もしくはすべてを理由に関わらず紛失した場合、あるいは自分の責任により破損した場合は、すみやかに実費で弁済します。

４．私はこの誓約書をすべて読んだこと、誓約書の記載内容を遵守できない場合は、院内PHSの使用禁止、教育的指導あるいは学則上の懲戒処分の対象となることに同意します。

使用目的：診療参加型臨床実習

日付：　　　　　年　　　　　月　　　　　日

同意人：　徳島大学医学部医学科　　　　年次

学生氏名：　　　　　　　　　　　　　　　（自署）

学生番号：