誓　約　書

２０２２年　　月　　日

企業（団体）名　　　　　　　　　　　　御中

　私は、福井県が主催する「ふくいインターンシップ」に参加するにあたり、　　次のとおり誓います。

①　貴社・貴団体の規定および指示を遵守し、実習に専念します。

②　研修期間中に知り得た貴社の機密情報（顧客情報を含む）について、漏洩しません。

③　感染症の予防

(1)複数人での飲食時はマスク会食を徹底し、飛沫感染防止に努めること。

(2)健康観察を常時行い、微熱や咳等の症状がみられる場合は、即座に研修を

中止し、速やかに貴社・貴団体に連絡し、その指示を仰ぎます

(3)インターンシップ参加中のマスク着用、手指の消毒、咳エチケットの徹底。

(4)インターンシップ開始１週間前より健康観察（体温・体調具合）を記録し、いつでも提示できるよう、準備すること。

大学名

学部・学科　　　　　　　　　　　　　（　　年生）

学籍番号

氏　名

実習初日、この誓約書を受入企業・団体へ提出してください。

また、学研災等の保険証券コピーも、研修初日に受入企業・団体へ提出してください。(研修当日に証券が間に合わない場合は、申込時の領収書でも可)