（様式第３号）

誓　約　書

　研修期間中は、高知県の受入施設の指示に従い、規律ある行動に努め、高知県獣医師職員確保インターンシップ事業（高校生対象）実施要領中にある注意事項等を遵守し、研修することを誓います。

　なお、遵守できない場合、もしくは、受入施設の業務に支障をもたらす恐れがあると判断された場合には、直ちに研修を中止することに同意いたします。

　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

所属高等学校・学年

住　所

氏　名

　　　　　　　　　　保護者等

住　所

氏　名