

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

臨床修練病院等の長 \_\_\_\_\_ 印

臨床修練予定者 \_\_\_\_\_ Your signature \_\_\_\_\_ 印  
(サイン可)

### 外国医師等臨床修練制度に関する付保誓約書

上記臨床修練予定者は、上記臨床修練病院等において『外国医師等が行う臨床修練等に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律』に基づき臨床修練許可申請を行うにあたり、許可要件である「患者に与えた損害を賠償する能力を有すること」を満たすべく、臨床修練を許可された期間は漏れることなく、\_\_\_\_\_（保険会社名）\_\_\_\_\_の保険に加入することを誓約いたします。

万が一保険に加入せず、臨床修練を行った際には、臨床修練許可の取り消し等の行政処分を受けることに異議はありません。また、臨床修練許可者が事故等を起こした際には、受入病院が一切の責任を負うことを誓約いたします。

以 上

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

臨床修練病院等の長 徳田 禎久 印

臨床修練予定者 印

(サイン可)

### 外国医師等臨床修練制度に関する付保誓約書

上記臨床修練予定者は、上記臨床修練病院等において『外国医師等が行う臨床修練等に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律』に基づき臨床修練許可申請を行うにあたり、許可要件である「患者に与えた損害を賠償する能力を有すること」を満たすべく、臨床修練を許可された期間は漏れることなく、（一社）全日病厚生会の保険に加入することを誓約いたします。

万が一保険に加入せず、臨床修練を行った際には、臨床修練許可の取り消し等の行政処分を受けることに異議はありません。また、臨床修練許可者が事故等を起こした際には、受入病院が一切の責任を負うことを誓約いたします。

以 上