

参加者 1 人につき、1 枚の御提出をお願いします。

記入例

- ① 日付を記入してください。
- ② 住所を記入してください。
- ③ 電話を記入してください。
- ④ 氏名を記入してください。
- ⑤ 印の箇所にサイン

誓 約 書

麻布大学附属動物病院長 殿
麻布大学附属動物管理センター長 殿

① ●年 ●月 ●日

住 所： ② 神奈川県相模原市中央区淵野辺
1-17-71

電話番号： ③ 042-769-2032

記入不要 ④ 所 属 名

氏 名： 麻布 順一

⑤ サインで可
印

見学又は講習会等のため、貴学の動物飼育エリア（衛生管理区域）の見学又は施設等を使用するに当たり、下記の事項を遵守し、貴学の指示に従います。

記

1. 見学又は使用日の1週間以内に海外渡航履歴はありません。
2. 見学又は使用日の3日以内に国内において、家畜伝染病予防法で定める家畜伝染病又は届出伝染病の疑いがある農場に立入りしていません。
3. 施設等を写真撮影する場合は、許可を得てから行います。
4. 施設等での着衣及び履物等については、貴学の指示に従います。
5. 使用後は、施設及び設備を現状に復帰します。
6. 貴学の施設等を滅失、損傷又は汚損したときは、その損害を弁償します。
7. 使用中に生じた事故・トラブル等については、その一切の責任を取ります。

注) 誓約書に記載する個人情報、見学又は施設等の使用に関する連絡のための目的で利用するもので、これ以外の目的で利用又は他に提供することはありません。

記入不要

※ 次の項目の記載は、学内の窓口担当者が記載してください。

見学又は使用目的	平成：●年度オープンキャンパス 産業動物診療体験		
見学又は使用日時	××年 ●月 ●日 (●)		～ ●月 ●日 (●)
見学又は使用施設	産業動物臨床教育センター	見学又は 使用人数	1 人