

様式2

入 職 承 諾 書

医 療 機 関 名

代表者（院長）名 様

私は、貴医療機関の採用内定通知書を正に受領いたしました。

つきましては、内定辞退等の貴医療機関へご迷惑をお掛けするような行為をしないことをここにお約束し、貴医療機関へ就職することを承諾いたします。ただし、入職までに下記の事項に該当することとなったときは、採用を取り消されても異存ありません。

記

- 1 今年度3月に山梨県歯科衛生専門学校を卒業できなかったとき。
- 2 歯科衛生士国家試験に合格できなかったとき。
- 3 採用にあたり提出した書類に虚偽があったとき。
- 4 病気、怪我等により、貴医療機関での正常な勤務に堪えられないとき。
- 5 犯罪行為またはそれに類する非行を犯し、もしくは貴医療機関のスタッフとして不適格ないし品位を害する事由を生ぜしめたとき。
- 6 その他前各号に準ずる、採用を取り消されてもやむを得ない事由が生じたとき。

以上

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印