

会社の正式な代表者		
氏名		
役職名		
電子メール		
私は、AdvitaOrthoが提供するコンプライアンス・トレーニングを受け取り、読み、理解し、ウェブサイト・トレーニングのテストを正常に完了したことを証明します。	はい <input type="checkbox"/>	イニシャル
	いいえ <input type="checkbox"/>	
ここに、本研修内容を当社の全従業員およびその他の第三者（例：請負業者、代理人等）、特にAdvita Ortho社で勤務する者に対して共有したことを証明します。	はい <input type="checkbox"/>	イニシャル
	いいえ <input type="checkbox"/>	
私は、法令、規制、またはAdvitaOrthoのポリシーおよび手順に対する実際の違反または疑わしい違反を、適切な電子メールまたはホットラインのチャネルを通じて速やかに報告することを誓約します。	はい <input type="checkbox"/>	イニシャル
	いいえ <input type="checkbox"/>	
私は、AdvitaOrthoを業界の法令や規制違反に一切関与させないことをお約束します。	はい <input type="checkbox"/>	イニシャル
	いいえ <input type="checkbox"/>	
私は、AdvitaOrtho及びその関連会社が、本フォームに記載された情報を、本フォームに記載された企業及び個人の法的・事業的背景に関する調査を実施する目的で、転送、使用及び保存することに同意します。また、Advita Orthoが、当該調査をAdvita Orthoに代わって実施する唯一の目的で、本フォームに記載された情報を米国または欧州経済領域外の第三者に転送、使用及び保存することにも同意します。	イニシャル	

日付	印鑑・サイン
----	--------