

鳥取県立厚生病院

個人情報の保護に関する誓約書

鳥取県立厚生病院長 様

この度、貴施設での実習・見学にあたり、以下の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 私は、貴施設での実習・見学にあたり、個人情報保護に関する規定を遵守し、期間中は貴職員の指示に従います。
2. 私は、実習・見学中に知り得た患者及び貴施設関係者の個人情報などを、実習・見学中はもちろん、その後も第三者に故意または過失によって漏洩したり、無断で使用したりしないほか、その結果として病院に損害を与えることはありません。

年 月 日

申込者署名： _____ 印

※自書であれば押印不要