

(実習・研修者用)

## 個人情報保護に関する誓約書

加賀市病院事業管理者 清水 康一 様

私は、加賀市医療センターの実習・研修にあたり、貴院の個人情報保護に関する諸規定を遵守します。また、実習・研修中に知り得た患者および病院関係者の個人情報、および取引業者の情報資産などを、実習・研修中はもちろん終了後も第三者に故意または過失によって漏洩したり、貴院に無断で使用したりしないこと、およびその結果として病院に損害をかけないことを誓約いたします。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_