

個人情報保護に関する誓約書

藤枝市立総合病院

事業管理者 毛利 博 様

私は、今般、貴院における

(来院目的：)

(例：○○○研修、×××実習、◎◎◎の見学、△△△の視察 等)

を通じて知り得た患者及び病院関係者等の個人情報について、研修期間および
研修終了後も、秘密を保持することをお約束します。

令和 年 月 日

氏名 _____ (印)

住所 _____

所属 _____

上記の者がこの誓約内容を厳守するよう、責任をもって指導いたします。

令和 年 月 日

施設名 _____

責任者 _____ (印)