

個人情報保護に関する誓約書

藤枝市立総合病院
病 院 長 様

私は、今般、貴院における

(来院目的 : 病院見学)

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、実習期間および
実習終了後も、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 (学校名学年)