

(様式1)

藤沢市民病院長 様

病院実習に係る個人情報保護に関する誓約書

私は、藤沢市民病院における実習に際し、「藤沢市個人情報の保護に関する条例」及びこれに関連する通達・規程や院内の諸規定等を遵守するとともに、個人情報保護に関して次の事項を厳守することを誓約いたします。

1. 病院が保有する種々の情報は、患者の個人情報であることを常に意識し、知り得た情報を他に漏えいしないことを厳守します。
なお、このことは実習終了後についても実施します。
2. この誓約に違反し、患者あるいは貴院に損害を与えた場合、その後の実習が中止になること、また損害を賠償する責任を負うことに異議ありません。

年 月 日

学校名

氏名

Ⓜ