

個人情報保護に関する誓約書

(医療機関名) _____ 理事長殿

私は、当院の従業者として、患者様の個人情報の保護に関する院内規則を十分に理解し、これを遵守いたします。

私は、在職中はもちろん、退職後においても、職務上知り得た患者様の個人情報を、正当な事由なく第三者に漏らしません。

以上、誠実に遵守することを誓います。

____年 月 日

(医療機関名) _____

氏 名 _____

印