

臨地実習に係る個人情報保護等誓約書

地方独立行政法人たつの市民病院機構
理事長 大井克之 様

この度、貴機構に当学校の教育の一環として臨地実習をお願いするにあたり、機密保持および個人情報保護等に関し、以下の事項を遵守することを誓約致します。

記

- 1 貴機構の個人情報保護方針及び個人情報保護に関する規程を遵守し、個人情報の保護に努めます。
- 2 実習・研修中に知り得た患者及び機構関係者等の個人情報は、実習・研修中および実習・研修終了後においても、正当な目的以外に使用、漏洩、若しくは開示しません。
- 3 これらの個人情報を取り扱う時には、漏洩、紛失、若しくは毀損しないよう確実に管理します。
- 4 機密事項が漏洩したと認められたときには、直ちに個人情報保護管理者へ報告します。
- 5 患者情報を含むすべての個人情報を故意もしくは不注意に漏洩する結果となり、貴機構若しくは患者等損害を与えた場合、その損害賠償の責を負い、さらに、法的措置を受けることを承知します。

以上

令和 年 月 日

所 属 _____

署 名 _____

実習・研修期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日