別紙１

患者及び職員等の個人情報の保護に関する誓約書

新 潟 県 立 十 日 町 病 院

院 長　 吉 嶺 文 俊　 様

私は、新潟県立十日町病院において実習をするにあたり、その実習を通じて知り得た患者及び職員等の個人情報に関して、貴院の個人情報保護の方針や個人情報の保護に関する法令等を十分に理解し、これを遵守いたします。

　私は、実習中はもちろん、実習後においても、実習上知り得た貴院の患者及び職員等の個人情報を正当な理由なく第三者に漏らさずまた提供しないことを誓います。

記

　　　　令和　　　年　　　月　　　日

所属

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

学校名

病院事業名：　　看護学生看護師体験