

様式1-別途

個人情報保護に関する誓約書

地方独立行政法人徳島県鳴門病院
院長 殿

私は、貴院との医療連携において知り得た患者及び病院関係者の個人情報等を、連携医療機関の登録中はもちろん登録辞退後、取り消し後も第三者に故意又は過失によって漏洩し、貴院に無断で使用したりいたしません。また、その結果として貴院に損害をおかけいたしません。

以上の事項を厳守することをここに誓約致します。

年 月 日

医療機関名： _____

住 所： _____

院 長 名： _____ 印