

誓約書

新潟県立新発田病院

病院長 塚田 芳久 様

私は、新潟県立新発田病院で実習するにあたり、その実習を通じて知り得た個人情報に関し、当院の個人情報保護方針をよく理解し、本実習に従事している間、または終了後においても、知り得た個人情報をみだりに他人に知らせたり、不当に第三者に提供しないことを誓います。

記

令和 年 月 日

住所： _____

印

氏名： _____

所属： _____