

令和 年 月 日

長岡赤十字病院  
院長 殿

施設（学校）名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

### 実習中に際しての機密情報（個人情報保護）に関する誓約書

私は、貴院での実習を行うにあたり、機密情報（個人情報保護）に関して以下のとおり誓約します。

1. 実習中に際して知り得た貴院及び患者様の個人情報については、実習中のみならず実習終了後も厳重に管理し、正当な理由なく第三者に開示、提供、漏洩しません。
2. 実習中の情報等は実習以外のために一切利用しません。
3. 実習中の情報等の目的外利用、漏洩、紛失が発生した場合には、ただちに貴院の実習指導者（管理者）に報告し、指示に従います。
4. 実習中に情報等の複製が必要な場合には、貴院の実習指導者（管理者）からの承認を得ます。
5. 実習を行うにあたり貴院から個別に指示されたその他の事項を遵守し、貴院及び患者様には一切ご迷惑をおかけしません。

以上