様式第２号（第３条関係）

年　　月　　日

佐久市立国保浅間総合病院

佐久市病院事業管理者　　様

養成機関等の長

代表者職・氏名

個人情報保護等に関する誓約書

　貴病院における病院実習を通して知り得た患者及びその家族の個人情報については、実習期間中はもとより実習終了後においても、秘密を保持することを誓約いたします。

記

１　実習生

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学部、学年 | 氏名 | 実習予定期間 |
|  | ㊞ | 自　　　　年　　月　　日至　　　　年　　月　　日 |
|  | ㊞ | 自　　　　年　　月　　日至　　　　年　　月　　日 |
|  | ㊞ | 自　　　　年　　月　　日至　　　　年　　月　　日 |
|  | ㊞ | 自　　　　年　　月　　日至　　　　年　　月　　日 |
|  | ㊞ | 自　　　　年　　月　　日至　　　　年　　月　　日 |
|  | ㊞ | 自　　　　年　　月　　日至　　　　年　　月　　日 |

２　教員

|  |  |
| --- | --- |
| 職名 | 氏名 |
|  | ㊞ |
|  | ㊞ |
|  | ㊞ |