

患者さんの個人情報の保護に関する
誓約書

病院

院長 殿

私は、通信教育の受講生として研修に際して知り得た患者さんの個人情報については、研修中はもとより、研修後であっても、正当な理由なく第三者に開示、その他漏らさないことを誓約いたします。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

(受講番号 _____)

氏名 _____

⑩

患者さんの個人情報に関する
誓約書

スクーリング先 病院

院長 殿

私は、通信教育の受講生として研修に際して知り得た患者さんの個人情報については、研修中はもとより、研修後であっても、正当な理由なく第三者に開示、その他漏らさないことを誓約いたします。

令和 - 年 - 月 - 日

医療機関名 所属先施設名

(受講番号 J 00-789)

氏名 石垣 行男 印