

患者さんの個人情報の保護に関する 誓 約 書

社団法人伊勢崎佐波医師会病院

院 長 殿

私は、当院の従業者として、患者さんの個人情報の保護に関する院内規則を十分に理解し、これを遵守いたします。

私は、在職中はもちろん、退職後においても、職務上知り得た患者さんの個人情報を、正当な事由なく第三者に漏らしません。

以上、誠実に遵守することを誓います。

_____年 ____月 ____日

社団法人伊勢崎佐波医師会病院

氏名 _____