

見学等の履行ならびに患者および職員の個人情報の保護に関する誓約書

社会医療法人財団互恵会
理事長 殿

私は、大船中央病院等、社会医療法人財団互恵会(以下「互恵会」という)の施設において見学または実習(以下「見学等」という)を行うにあたり、下記事項について、遵守することを誓約いたします。

1. 見学等期間中は、患者および互恵会職員の個人情報の保護に関する法令をはじめとする関係諸規程(互恵会規則を含む)を遵守し、職員の指示に基づき行動いたします。
2. 見学等期間中、見学等期間終了後においても、知り得た一切の情報(患者および互恵会職員に関する個人情報)ならびに互恵会に関する機密情報について守秘義務があることを理解し、第三者に開示、漏えいいたしません。
3. 私は、私の故意または過失により互恵会、その関係者、あるいは第三者に事故、器物破損、個人情報等および機密情報の漏えいその他の損害を与えた場合は、その賠償責任を負います。

以上、遵守することを誓います。

年 月 日

所属(施設名・学校名等)

所属(部署/役職・学部/学年等)

/

氏名

印