

様式4 (8 (1) ウ)

個人情報保護に関する誓約書

東京都リハビリテーション病院長 殿

私は、貴施設の個人情報保護方針及び個人情報保護に関する規程・規則等を遵守し、個人情報保護の確保に努めます。

実務研修中に知り得た患者、利用者及びその家族について貴施設が保有する個人情報並びに外部から取得した個人情報は、漏洩、紛失若しくは毀損しないように確実に管理し、正当な目的以外には使用若しくは開示いたしません。

また、実務研修中に知り得た個人情報や内部情報は、研修終了後においても同様に正当な目的以外に使用、漏洩若しくは開示いたしません。

万が一、機密事項が漏洩したと認められるときには、直ちに所属先の個人情報管理者へ通報すると同時に、損害等が生じた場合には、誠意を以て対応することを誓約いたします。

年 月 日

施設名

施設所在地

代表者職氏名

印

受講者氏名

印