

個人情報保護および情報閲覧・利用に関する誓約書

医療法人 尚武会 小松整形外科スポーツクリニック 院長 殿 私は、貴院での見学、実習にあたり、貴院の個人情報保護に関する諸規定を遵守いたします。見学、実習中に知り得た患者および病院関係者の個人情報、並びに取引業者の情報などを第三者に漏洩したりしないこと、および貴院に損害が生じた場合にはその責任を負うことを誓約いたします。

また貴院の情報を閲覧・利用するに当たり閲覧・利用により生じた一切の責任は私にあることを確認し、貴院または第三者に損害が生じた場合には私に対応し、損害賠償責任が生じる場合には私がその責任を負うことを誓約いたします。

_____ 年 月 日

氏 名: _____ ⑩

〈提出・問い合わせ先〉

医療法人 尚武会 小松整形外科スポーツクリニック

TEL : 017-763-5917 FAX : 017-763-5918 E-mail : komatsuseikeiclinic@gmail.com