

【個人情報保護誓約書】

年 月 日

東京ほくと医療生活協同組合
理事長 今泉 貴雄 殿

現住所 _____

氏名 _____ 印

この度、東京ほくと医療生活協同組合事業所において見学、実習を行うにあたって、個人情報保護の点から以下の事項について遵守することを誓約します。

実習期間 : 年 月 日～ 年 月 日

実習先 : ① ② ③

記

1. 東京ほくと医療生活協同組合事業所における見学、実習中に得た患者様および職員等の個人情報については見学、実習中および終了後を問わず漏洩致しません。
2. 実習において使用した個人情報が含まれている文書等については、終了時に貴院に返却いたします。

以上

※この誓約書は最初に契約をした事業所の責任で管理します。