

## 個人情報保護に関する誓約書

橋本市民病院  
病院長 嶋田 浩介 様

私は、当院の連携登録医として、個人情報保護に関する院内規程を十分に理解し、これを遵守します。

私は、登録期間中はもちろん、辞退後においても、登録医の業務上知り得た個人情報を、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。

平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

登録医氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(必ず自署の上捺印のこと)

(橋本市民病院記入欄)

登録年月日	
登録医番号	