

# 誓 約 書

新潟県立中央病院長 様

私は、新潟県立中央病院看護師体験へ参加するに当たり、その体験を通じて知り得た個人情報に関し、貴院の個人情報保護方針をよく理解し、体験に参加している間、または終了後においても、知り得た個人情報をみだりに他人に知らせたり、不当に第三者に提供しないことを誓います。

記

令和 年 月 日

住 所 : \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏 名 : \_\_\_\_\_

学校名 : \_\_\_\_\_