誓　約　書

　　　新潟県立中央病院

　　　　病院長　長谷川　正樹　様

私は、新潟県立中央病院で実習するに当たり、その実習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、本実習に従事している間、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

　　　　　平成　　　　年　　　月　　　日

　　　　　住所：

　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　学校名：