

(第二号様式)

宛先 所沢美原総合病院 医療連携センター【FAX 04-2997-8022】

個人情報保護に関する誓約書

社会医療法人社団 埼玉巨樹の会 所沢美原総合病院
院長 鈴木 昭一郎 様

私は、貴院の登録医として、個人情報保護に関する院内規約を十分に理解し
これを遵守いたします。

登録期間中または、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。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

登録医氏名 _____

(必ず自署の上捺印ください)

*個人情報取り扱い院内規定は、抜粋を当院 HP でご覧いただけます。