個人情報および医療機関・衛生検査所等の法人機密情報の保護に関する誓約書

●●●●●●施設

施設長　●●●●　様

１．私は、〇〇養成施設の学生として実習先医療機関・衛生検査所等において実習・研修・見学（以下、「臨地実習等」という）を行うにあたり、「●●養成施設、個人情報等および医療機関・登衛生検査所等の法人機密情報保護に関する説明文書」の事項を十分に理解しましたので、これを順守いたします。

2．私は、臨地実習等の期間中はもちろん、その後においても、実習等において知りえた個人情報等および法人機密情報を第三者に漏洩いたしません。

以上誓約いたします。

　　年　　　　月　　　　日

養成施設名：

学生住所：

学籍番号:

学生氏名:

※日時は書類を記入した日を記載してください