

個人情報の保護に関する誓約書

横浜市立みなと赤十字病院長 殿

私は、横浜市立みなと赤十字病院において、見学を行うに当たり、見学中に知り得た患者及び病院職員の個人情報を、第三者に漏らさないことを誓約します。

令和 年 月 日

所属（学校名・勤務先）

氏名

印

（※なお、ご記入いただいた個人情報は、ご本人の許可なく、見学で必要とされる業務以外の目的には使用いたしません。）