

宛先 桑名市総合医療センター地域医療センター【FAX 0594-22-2166】

個人情報保護に関する誓約書

地方独立行政法人桑名市総合医療センター
病院長 市川 毅彦 様

私は、地方独立行政法人桑名市総合医療センターの登録医として、個人情報保護に関する院内規程を十分に理解し、これを遵守いたします。

私は、登録機関中はもちろん、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。

以上、誠実に遵守することを誓います。

令和 年 月 日

医療機関名

登録医師名

印

(必ず自署の上捺印のこと)

(桑名市総合医療センター記入欄)

登録年月日	
管理番号	