

インターンシップに係わる秘密保持誓約書

練馬光が丘病院

管理者 光定 誠 殿

この度私は、貴院でインターンシップをするにあたり、以下の事項を誓約いたします。

1. (法令等遵守)

私は、貴院にて取得する以下の各情報につき、インターンシップ上取得したものであると否とを問わず、個人情報の保護に関する法律等の関係法令、及び、貴院の個人情報法保護に関する規程を遵守し、貴院の同意なくして、正規の利用目的以外の利用、漏えい、第三者への提供その他一切の不適正な取り扱いを致しません。

- (1)患者等、貴院に係る個人に関する情報。個人情報保護法に定める個人情報(生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの)に限らず、死亡した個人についての情報、特定の個人を識別できない情報(症例数のデータ等)、その他個人に関する一切の情報を含む。
- (2)貴院に係る法人の情報。
- (3)貴院又は公益社団法人地域医療振興協会その他貴院に係る組織の、人事、財務等に関する一切の情報。
- (4)その他、前各号に準ずる一切の情報。

2. (インターンシップ中及び終了後の秘密保持)

私は個人情報保護に関する法律の存在を自覚し、前条に掲げる各情報につき、インターンシップ中はもちろん、終了後も、貴院の同意なくして、正規の利用目的以外の利用、漏えい、第三者への提供その他一切の不適正な取り扱い致しません。

3. (損害賠償等)

私は、前各条に違反した場合に、貴院(又は公益社団法人地域医療振興協会)がなすいかなる処分および損害賠償に対しても、異議を申し立てません。

20 年 月 日

学校名 _____

氏名 _____