(外部者用)

**個人情報保護に関する誓約書**

国際医療福祉大学成田病院

病院長　　吉野　一郎　殿

今回派遣する当社の職員　　　　　　　　　　は、個人情報の保護に関する法律及び、国際医療福祉大学成田病院の個人情報保護に関する諸規定を遵守させます。

また、業務中に知りえた患者様及び病院関係者の個人情報、並びに、国際医療福祉大学グループ他施設及び取引業者に関わる情報など、国際医療福祉大学成田病院派遣中に知り得た情報については、派遣中、派遣終了にいたっても、病院に無断で使用したり、第三者に漏洩したりさせないことをお約束いたします。なお、万が一　当方の過失で情報が漏洩した場合には、当社の責任をもって処理を行い、国際医療福祉大学成田病院へは一切の損害をかけないことを誓います。

西暦　　　　　年　　　月　　　日

住　所

法人名

代表者　　　　　　　　　　　　　　印

今回　貴院にお世話になる私　　　　　　　　　　は、個人情報の保護に関する法律及び、国際医療福祉大学成田病院の個人情報保護に関する諸規定を遵守します。

また、業務中に知りえた患者様及び病院関係者の個人情報、並びに、国際医療福祉大学成田病院をはじめグループ他施設及び取引業者に関わる情報など、国際医療福祉大学成田病院派遣中に知り得た情報については、派遣中、派遣終了にいたっても、病院に無断で使用したり、第三者に漏洩したりしないことをお約束いたします。なお、万が一　当方の過失で情報が漏洩した場合には、責任をもって処理を行い、国際医療福祉大学成田病院へは一切の損害をかけないことを誓います。

西暦　　　　　年　　　月　　　日

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　印