

# 個人情報保護に関する誓約書

西暦 年 月 日

順天堂大学医学部長 殿

住 所

氏 名 印

(自筆の場合は押印省略可)

このたび貴大学で講義・臨床実習を受けるにあたり、貴大学および貴大学の患者の個人情報を含む情報の保護のため、下記事項を誓約し遵守することを確認いたします。

## 記

1. 個人情報の保護に関する法律、および貴大学の規定・ルール等を守り、個人情報の保護を行います。
2. 講義・臨床実習中に知り得た貴大学で管理している個人情報について、講義・臨床実習期間中はもとより、講義・臨床実習後といえども、不正に使用または、第三者に漏えいすることはいたしません。
3. 上記各項の誓約に違反して、貴大学で管理している個人情報を不正に使用し、また第三者に漏えいした結果、貴大学が被った損害について、賠償責任を負います。
4. 個人情報の漏えい、紛失等が発生した場合は、速やかに報告します。

以上