

年 月 日

医療法人新生十全会京都ならびがおか病院
病院長 金澤 一典 様

(住所)

(名称)

(担当者名)

(患者様との関係)

患者様個人情報保護に関する誓約書

当機関は、 年 月 日 _____ 様

住所 _____ (以下、患者様の件

で貴病院主治医と面談するに当たり、下記の事項を誓約します。

記

- 1 患者様の個人情報（以下、個人情報）について、その取得する目的は下記の通りです。
 - _____
 - _____
 - _____
- 2 個人情報は厳格に管理し、目的に反する個人情報の利用、第三者への個人情報の開示（漏洩を含む。）は厳に致しません。
- 3 万一、個人情報の目的外利用、第三者への開示（漏洩を含む。）がなされた場合、貴病院に速やかに報告すると共にその対策に全力を尽くします。

以上