

誓 約 書

独立行政法人地域医療機能推進機構

九州病院長 殿

令和 年 月 日

施設・学校名_____

実習者等氏名_____⑩

住 所_____

電話番号_____

貴院において臨床・臨地実習、研修および見学等をするにあたり、下記の項目を遵守することを署名押印することにより誓約いたします。

記

1. 貴院の「個人情報保護方針」、「臨床・臨地実習、研修および見学等における個人情報の取り扱いについて（内規）」および職員の指示を遵守する。
2. 臨床・臨地実習、研修および見学等実施時に知りえた患者及び職員、その他の診療情報を臨床・臨地実習、研修および見学等終了後においても第三者に漏らさないものとする。
3. 実習記録等への当院医療情報データ入力について次の取扱いを遵守するものとする。
 - ① 当院医療情報をデータ入力する際は、部門管理者の確認を得て入力する。
 - ② 病院名、個人情報については、匿名化、暗号化を行い、使用ファイルの保護についてはログインパスワードを設定する。
 - ③ USBメモリの使用は認めない。
4. 故意又は重大な過失により、当院または当院関係者に損害を与えた場合には私本人が損害賠償の責任を負うものとする。
5. 臨床・臨地実習、研修および見学中の傷病及び疾病については、私本人が責任を負うものとする。

以上、誠実に遵守することを誓います。