

宛先 新久喜総合病院 地域医療課【FAX 0480-26-6301】

## 個人情報保護に関する誓約書

一般社団法人巨樹の会 新久喜総合病院

院長 様

私は、貴院の登録医として、個人情報保護に関する院内規約を十分に理解し、これを遵守いたします。

登録期間中または、辞退後においても、登録医の業務上知り得た個人情報を、第三者に漏らしません。

平成 年 月 日

医療機関名

登録医氏名

(必ず自署の上捺印ください)

※個人情報取扱院内規定は、抜粋を当院HPでご覧いただけます。