

## 個人情報保護に関する誓約書

病院長 林 和俊 様

私は、高知県・高知市病院企業団立高知医療センターにおける実習および研修期間中は、個人情報の保護に関する趣旨を十分に理解し、これを遵守いたします。

私は、実習および研修期間中はもちろん、終了後においても、知り得た個人情報を、正当な事由なく第三者に漏らしません。

以上、誠実に遵守することを誓います。

令和 年 月 日

学校名

---

氏名

印

---

高知医療センター薬剤局へ提出してください。