

個人情報保護に関する誓約書

(元号) 年 月 日

千葉大学医学部附属病院長 殿

所属等：_____

フリガナ

氏名：_____

生年月日（西暦）：_____

私は、千葉大学医学部附属病院（以下「病院」という。）において研修又は実習等（以下「研修等」という。）を行う場合において、次の個人情報保護に関する事項を遵守することを誓約します。

1. 個人情報保護に関する法令及び千葉大学における諸規程等を十分理解し、これを遵守いたします。
2. 研修等により知り得た保有個人情報等は、正当な事由なく第三者に漏らしません。その研修等が終了した後も同様といたします。
3. 保有個人情報等を紛失又は紛失した恐れがある場合は、速やかに部署責任者及び部局情報保護管理者に報告いたします。
4. 故意又は重大な過失によって、病院に損害を与えた場合は、その責任を負うことを認めます。