

個人情報保護に関する誓約書

独立行政法人地域医療機能推進機構 久留米総合病院

院長 牛嶋 公生 様

私は、当院の連携登録医として、個人情報保護法を十分に理解し、これを遵守します。
私は、登録期間はもちろん、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。
以上、誠実に遵守することを誓います。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

登録医氏名 _____ (印)

(必ず自筆の上捺印のこと)

久留米総合病院 記入欄

連携医登録年月日	
連携医登録番号	