

年 月 日

実習・研修に関する誓約書

名古屋大学医学部長 殿

名古屋大学医学部附属病院長 殿

私は、下記の事項を固く遵守し履行することを誓約いたします。

記

1. 貴学・貴院の個人情報保護方針及び個人情報保護に関する規程・規則等を遵守する為、実習・研修中に知り得た患者及び貴学・貴院の関係者等の個人情報については、実習・研修中は勿論のこと、実習・研修終了後においても、正当な目的以外の使用、開示及び漏洩は行いません。

また、個人情報の紛失が懸念される場合、又は個人情報の漏洩等があった場合は、直ちに、貴学・貴院の個人情報保護管理者に通報します。所属機関がある場合には、当該機関へ報告します。

2. 貴学・貴院の責に帰さない故意または過失による個人情報の漏洩、医療過誤、備品及び患者の持ち物等に係る損害については、法的措置を含め賠償の責を負う事に同意します。

また、貴学・貴院の責に帰さない事故及び災害については、自己の責任において処理しなければならない場合があることを承知している為、実習・研修前に必要に応じて傷害保険等に参加します。

以上

【本人記入欄】

住 所

所 属

署 名

印

実習・研修期間

年

月

日 ～

年

月

日

【所属機関確認欄】※

住 所

機関名

所属機関長署名

印

※同一の実習・研修について複数名が実施する場合、実習・研修生名簿を添付いただくことにより、「所属機関確認欄」への記入が必要な誓約書は1枚のみとし、それ以外については空欄での提出を可とします。（本人記入欄の記入については、実習・研修を実施する人数分必要です。）