（様式２）

個人情報保護に関する誓約書

東海大学医学部付属八王子病院

病　院　長　殿

　私は、貴院との医療連携において知り得た患者及び病院関係者の個人情報等を、連携

機関登録中はもちろん登録辞退後、取り消し後も第三者に故意又は過失によって漏洩

したり、貴院に無断で使用したりいたしません。また、その結果として貴院に損害を

おかけいたしません。

　以上の事項を厳守することをここに誓約いたします。

　　　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関：

　　　　　　　　　　住　　所：東京都

　　　　　　　　　　医師氏名：　　　　　　　　　　　　　印