個人情報の保護に関する誓約書

　福井県立病院長　様

　私は、福井県立病院において研修するに当たり、福井県個人情報保護条例および関係法令ならびに福井県立病院の規則を十分に理解し、これを遵守します｡

　私は、研修中はもちろん、研修後においても、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

　　　　　　住　所

　　　　　　所　属

　　　　　　氏　名