（第二号様式）

宛先　新久喜総合病院　地域医療課【FAX　0480-26-6301】

個人情報保護に関する誓約書

社会医療法人社団埼玉巨樹の会　新久喜総合病院

病院長　様

私は、貴院の登録医として、個人情報保護に関する院内規約を十分に理解し、これを遵守いたします。

登録期間中または、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。

年　　月　　日

医療機関名

登録医氏名

（必ず自署の上捺印ください）

※個人情報取扱院内規定は、抜粋を当院HPでご覧いただけます。