

〔研修生用〕

## 個人情報保護に関する誓約書

公益財団法人ライフエクステンション研究所  
附属 永寿総合病院長 殿

私は、貴院の栄養サポートチームの研修生として、個人情報保護法に基づき、研修中に知り得た患者の個人情報や院内の情報などを、研修期間中はもちろん研修終了後も第三者に故意または過失によって漏洩したり、病院に無断で使用したりしないこと、およびその結果として病院に損害を与えないことを誓約いたします。

西暦 年 月 日

所属先名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印