誓　約　書

上越地域医療センター病院　病院長　様

　私は、上越地域医療センター病院看護師体験に参加するにあたり、貴院の個人情報保護方針に従い、その体験を通して知りえた個人情報に関し、体験に参加している間または終了時においても、知りえた個人情報をみだりに他人に知らせたり、不当に第三者に提供しないことを誓います。

記

令和　　年　　月　　日

住　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな

氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

学校名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

以　上