

個人情報保護に関する誓約書

臨床実習施設名： _____

代表者名： _____ 様

私は、国際医療福祉専門学校七尾校の臨床実習を通じて知り得た貴施設および患者様に関する個人情報について、学習目的以外でこれを第三者に漏洩しないことを誓います。

平成 年 月 日

国際医療福祉専門学校七尾校
作業療法学科

氏名（自署） _____

個人情報保護に関する誓約書

国際医療福祉専門学校七尾校
学校長 宇野弘之 殿

当施設は国際医療福祉専門学校七尾校 臨床実習において知り得た貴校実習生の個人情報
を漏洩、流用しないことを誓約いたします。

平成 年 月 日

施設名 :

所在地 :

臨床実習指導者氏名(自署) : _____