

# 個人情報保護に関する誓約書

病院（施設）長 殿

---

私は、貴施設において臨床実習を行うにあたり、対象者およびその家族、ならびに職員などに関する個人情報や施設内で知り得た情報を、実習中はもとより実習終了後においても第三者に漏えいすることがないように、これらの情報の保護義務を遵守いたします。

西暦 年 月 日

---

東京医療学院大学保健医療学部リハビリテーション学科

理学療法学専攻 年

学生氏名（自署）

---