誓　　約　　書

□業務上

私は、　□退職後　　閲覧した患者のカルテの内容等を第三者に

□実習中

漏らすことは、決していたしません。また、契約が終了した後も同様といたします。

西暦　　　年　　　月　　　日

静岡県立静岡がんセンター病院長　様

所属

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

（退職者：退職年月日　　年　月　日）

　私は、上記誓約者に関する一切の責任を負うことを誓います。

所属長

所属

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

誓約内容に応じて、□枠にレのご記入をお願いします。