

(実習生)

## 誓 約 書

神奈川県厚生農業協同組合連合会  
伊勢原協同病院  
病院長 鎌田 修博 殿

令和 年 月 日

学校名・学年

住所

氏名 ⑩

私は、貴会にて実習・研修を行うに当たり、下記の事項を遵守することを誓約します。

### 記

1. 私は貴会の役職員及び貴会の利用者について個人情報その他の機密（以下、「機密情報」という。）を保持し正当な理由なく第三者に漏らしません。また、目的外利用等不当な利用をいたしません。
2. 私は貴会の定める関連規定や手続きを遵守します。
3. 私は貴会での実習・研修を行う上で必要な場合や貴会から明示に許諾があった場合を除き、機密情報の開示、頒布、使用、複製、または保存をいたしません。
4. 貴会への実習・研修が終了した場合には、実習・研修期間中に貴会から交付を受けた資料及び貴会が利用者から取得された当該利用者に係る個人情報並びにそれらの複製物については、その一切を貴会に返還し、実習期間・研修期間終了後においても上記1の義務を遵守します。

以上