

書類提出日をご記入ください。

(院内通行・委託業者用)

年 月 日

個人情報の保護に関する誓約書

藤田医科大学七栗記念病院
病院長様

下記事項をご確認の上、
記入願います。

会社印、責任者印、通行者名
(自署)をそれぞれ押印ください。

所在地

会社名

印

責任者名

印

通行者名(自署)

印

貴院との業務にあたり、下記の事項を遵守することを誓約いたします。

記

1. 個人情報安全管理の誓約

業務を遂行するにあたり、個人情報の保護に関する法律、同関連法規、及び個人情報保護に関する藤田学園の諸規程を遵守し、患者の個人情報を含む全ての個人情報を許可なく開示、漏洩、利用目的以外での利用はせず、管理には十分注意します。また個人情報を許可なく院外へ持ち出しません。

2. 個人情報の使用について

業務上の必要があり、患者情報を院外で使用することを許可された場合は、その情報の取得方法と取得項目および使用範囲は貴院が定めるところとし、院外持ち出しに際しては貴院の指示に従い匿名化の処理を行います。また、その情報の搬送および保管に際しては、厳重な体制で対応します。

3. 個人情報の返還

貴院との業務終了時に所持している個人情報は、直ちに、返還するか適切に廃棄するか、もしくは確実に個人が特定できない情報へ変換します。

4. 業務終了後の守秘義務

貴院との取引業務終了後も、個人が特定できる情報は、開示、漏洩、目的外利用しないことを約束します。

5. 損害賠償

本誓約書に違反し損害を与えたときは、貴院との業務契約に則り、その損害を賠償します。

以上