

個人情報保護に関する誓約書

特定非営利活動法人

魚沼地域医療連携ネットワーク協議会 理事長 様

私は、魚沼地域医療介護連携ネットワークシステムの利用について在職中のみならず退職後においても、下記の事項を固く遵守することを誓約します。

記

- ・業務上知り得た加入者、その家族又はその関係者（以下加入者等という。）の個人情報については、正当な理由なく開示、口外、提供、漏えいしません。また、私自らのために使用することは一切ありません。
- ・特定非営利活動法人魚沼地域医療連携ネットワーク協議会の個人情報保護に関する規程・規則等を遵守し、協議会が定期的に実施する研修や事例検討会などに積極的に参加し、個人情報保護に関する高い意識を常に保持します。
- ・個人情報については、漏えいし、紛失し、又は毀損しないよう確実に管理し、盗難等の被害にも遭わないよう最大限の注意を払って取り扱います。
- ・個人情報については、たとえ軽微な事案と思われる内容であっても、その漏えいが加入者等に多大な精神的苦痛を与え、場合によっては経済的不利益その他の損害が生じる可能性があることを十分に理解し、その重要性・重大性を認識しています。
- ・やむを得ず個人情報に関する資料を事業所外へ持ち出す場合は、必ず事前に事業所の管理責任者へ、どのような資料を持ち出すか、いつまでに返却するか等を報告した上でその許可を得ます。また、事業所へ返却する際には、持ち出した資料等の全てを報告どおりに返却したことの検査・確認を受けます。
- ・万が一個人情報に漏えいした場合、又はその可能性が疑われるときは、速やかに事業所の管理責任者へ報告し、必要な指示を受けます。

以 上

【誓約者（利用者）署名欄】

年 月 日

現住所：

氏 名：

印

所 属：

注1：誓約者は必ず自署してください。また、事業者は受付後この写しを誓約者に交付してください。

注2：現住所は自宅住所を記載してください。