病院見学に関する誓約書

長崎県五島中央病院長　殿

私は、長崎県五島中央病院において病院見学を行うにあたり、以下の事項を遵守することを誓約いたします。

１．病院職員の指示に従い、見学中の秩序を保ちます。

２．患者様のプライバシーおよび個人情報を厳守し、知り得た情報を第三者に漏洩

しません。

３．院内での写真・動画撮影、録音等は一切行いません。

４．感染対策を遵守し、体調不良時は速やかに報告します。

５．見学中に発生した事故・トラブルについては、自己責任で対応します。

６．その他、病院が定める規則・方針に従います。

所属（学校・勤務先）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

提出日：＿＿＿　　＿年＿　＿月＿　＿日

署名（自署）：＿＿＿＿＿＿＿＿　　　　＿＿＿＿＿＿＿＿

以上