

様式 8 号

守秘義務に関する誓約書

県央デルタネット協議会代表者 殿

私は、県央デルタネット協議会（以下、協議会という。）が運営する県央デルタネットを利用するにあたり、協議会の定める個人情報保護方針、個人情報保護取扱特記事項等を遵守し、私が知り得る診療・介護情報の保護に関して、次の事項を守ることをここに誓約します。

1. 私は、県央デルタネットで得られる診療・介護情報について、診療・介護目的の範囲内でのみ利用し、その範囲外の利用は一切行いません。
2. 私は、県央デルタネット利用者として利用期間中は勿論のこと、利用中止後においても、県央デルタネットより知り得た診療・介護情報を漏らしません。
3. 私は、県央デルタネット利用に必要とする ID・パスワード等を、利用期間中は、私の責任において厳重に管理し、他人に対してこれらを譲渡・貸与その他の方法如何にかかわらず知られる事のないようにします。
4. 私は、診療・介護情報への不正なアクセスまたは診療・介護情報の紛失、破壊、改ざん、漏えい、保存、複製などはしません。
5. 私は、上記に掲げる事項のほか、個人情報保護に関する法律・条例等ならびに、協議会の定める、運用規程および利用者規程を遵守し、これに違反する行為はしません。
6. 前条各項に違反して、県央デルタネットで得られた診療・介護情報を開示、漏洩もしくは使用したときは法的な責任を負うことを確認し、これにより施設が被った一切の損害を賠償することを約束致します。

以上

(西暦) 年 月 日

施設名

診療科・部署名

職種

氏 名

印

事務局処理欄

受理日	(西暦)	年	月	日	施設登録 ID	
-----	------	---	---	---	---------	--