

年 月 日

診療科名 _____

診療部長 殿

誓 約 書

私は修士課程臨床体験プログラムへの参加に当たり、知り得た患者個人情報、研究室内の未発表データなどの機密事項について、診療部長の承諾無しに第三者に対して開示、漏洩もしくは自ら使用しないことを約束いたします。

所属 _____

氏名 _____ 印 _____