

## 診 療 記 録 閲 覧 者 誓 約 書

令和 年 月 日

大阪市立総合医療センター病院長 様

所 属 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_<sup>④</sup>

大阪市立総合医療センターにおける診療記録閲覧のため、下記の事項を遵守し、責任をもって目的の履行のために誠心誠意努力し、大阪市立総合医療センターにご迷惑をおかけいたしません。もし、違反した場合は如何なる処置に対しても異議を申し立てません。

### 記

- 1 私の責に帰すべき事由により損害が発生した場合、損害を被った相手及び大阪市立総合医療センターに対して損害を賠償いたします。
- 2 大阪市個人情報保護条例及び患者の個人情報の保護に関する院内指針を十分に理解し、遵守します。個人情報を正当な利用目的の範囲を超えての利用・収集および院外への持ち出しはいたしません。
- 3 関係規定及び院内の諸規定を遵守いたします。
- 4 部門責任者の指示に従います。
- 5 その他大阪市立総合医療センターの処置に従います。