様式２－３

**個人情報の取扱いに関する誓約書（薬剤師会会員用）**

|  |
| --- |
| 一宮市在宅医療・介護連携推進協議会　宛 |

私は当事業所における、ささえｉネット一宮（一宮市在宅医療・介護情報共有システム）の利用において、知り得た利用者（患者）及びその家族に関する個人情報については、個人情報の適切な取扱い方針を遵守し、個人情報を適正に管理することを誓約します。

令和　　　年　　　月　　　日

誓 約 者

|  |
| --- |
| 事業所名： |
| 代表者または管理者名： | 印 |