

(別紙様式)

個人情報の保護に関する誓約書

鳥取大学大学院医学系研究科長 殿
鳥取大学医学部長 殿

私は、鳥取大学又は学外実習施設等が作成あるいは取得した個人情報を講義・実習・研究等の過程において取扱う者として、個人情報の保護に関する法令等を遵守し、これらの個人情報を在学中はもちろん卒業・修了後も第三者に故意又は過失によって漏洩したり、無断で使用したりしないことを誓約いたします。

なお、これに反して鳥取大学又は学外実習施設等に損害を与えた場合は、その損害を弁償いたします。

令和〇年〇〇月〇〇日

鳥取大学

大学院医学系研究科 _____ 専攻 _____ 課程 _____

学科・専攻を削除し、本学での身分を記入

医 学 部 研 究 生 _____ 学 科 _____ 専 攻 _____

学生番号は記入不要
(本学事務担当記入)

学生番号 _____

氏 名 (署名) _____ 山 田 太 郎 _____