

[별지 제 13호 서식]

## 개인정보보호 서약서

나 \_\_\_\_\_는 근무 중에 알게 된 환자 개인의 진료정보 또는 업무와 관련된 정보에 대하여 본원 근무 중이나 퇴직 후에도 비밀을 지킬 것을 서약합니다.

환자의 진료정보보호에 관한 법적, 관리적 사항과 본원의 의무기록관리지침 및 의료정보보호지침에 대하여 교육을 받고, 내용을 충분히 숙지하였으며, 본원에서 정하는 의무기록관리 지침에 따라 열람할 것이며 본인의 권한 외의 진료정보 검색 시 추적조사 및 보안감사가 시행되고 있음을 인식하고, 적절한 절차 없이 전자의무기록에 저장된 정보를 무단으로 열람, 복사, 누출하지 않을 것을 서약합니다.

관련법과 본원 지침에서 정하는 환자정보보호에 관한 내용을 준수할 것을 서약하며, 이를 위반 할 시에는 서울특별시 보라매병원의 내규 및 민. 형사상의 법적 규제조항에 의거하여 어떠한 책임도 감수할 것을 서약합니다.

201    년    월    일

소속(학교)	학교            과	직위	
이름	(서명)	사번	
생년월일		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
직종	<input type="checkbox"/> 의사 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 의료기사 <input type="checkbox"/> CRC/CRA <input type="checkbox"/> 콜센터 <input checked="" type="checkbox"/> 학생실습 <input type="checkbox"/> 자원봉사 <input type="checkbox"/> 기타(                    )		
면허번호		전문의 번호	
입사일	201    년    월    일		

● 학생실습 기간 :                            부터                            까지