

환자정보 보호 및 보안 서약서

(제약회사/ 연구수탁기관/정부기관용)

본인은 에이치플러스양지병원에서 임상연구와 관련한 소정의 업무를 수행함에 있어 환자정보 보호 및 보안을 위하여 다음의 사항을 준수하고 정당한 사유 없이 불법 공개, 누출, 변조, 훼손하지 않음을 서약합니다.

1. 직무수행 과정을 통해 알게 된 환자정보를 허가된 업무 목적으로만 사용한다.
2. 업무를 통해 제공받은 모든 정보는 불법공개, 무단변조, 훼손, 분실 되지 않도록 안전하게 관리하여야 하고 무단 사진촬영, 화면 캡처, 복사 하지 않도록 한다.
3. 부여받은 접근 아이디와 비밀번호를 철저히 관리하고, 관리 소홀로 인해 아이디와 비밀번호 유출 등 문제 발생시 이에 대해 책임을 진다.
4. 환자정보는 해당 병록번호 및 조회하고자 하는 기간에 대해서만 조회 한다.
5. 에이치플러스양지병원의 개인정보 보호 및 보안 규정, 정책, 지침을 준수 한다.
6. 업무수행기간이 종료된 이후에는 알게 된 환자정보에 대하여 일체 유출·노출하지 않으며 불법 외부 반출하지 않도록 한다.

본인은 상기 사항을 숙지하고 이를 성실히 준수할 것에 동의하며, 이를 위반 하였을 경우 관련 법령과 병원의 규정에 따른 처벌을 감수할 것을 서약합니다.

과 제 번 호			
과 제 명			
소 속 기 관			
담 당 업 무			
성 명		이 메 일	
사무실 전화		휴대전화	

년 월 일

신청자 : _____ (서 명)

본원 연구책임자 : _____ (서 명)

에 이 치 플 러 스 양 지 병 원 장 귀 하