

個人情報保護に関する誓約書

神戸大学大学院医学系研究科長 殿

私は、神戸大学大学院医学系研究科の学生として、「大学院医学系研究科の学生に係る個人情報の管理・保護に関する取り扱い」を十分に理解し、これを遵守いたします。

私は、在学中はもちろんのこと、修了、退学後においても、研究上知り得た神戸大学の保有する個人情報を、正当な事由なく第三者に漏らしません。

以上、誠実に遵守することを誓います。

年 月 日

所 属 神戸大学大学院医学研究科

医科学専攻 _____ 分野

学籍番号 _____ M _____ M

氏 名 _____