年　月　日

〇〇保健所

（研究責任者）　宛

依頼業者名

住所

代表者氏名　　　　　　　　　　印

秘密保持誓約書

　私は、貴保健所〇〇(研究代表者)より質問紙データを預かり、データの入力の作業をするにあたり以下の事項を遵守することを誓約いたします。

記

データ機密保持に関する弊社誓約事項

１．データ入力作業を行う者には、本誓約事項を遵守させます。

２．データ入力作業が完了した時点で、お預かりしたデータは返却し、データが残らないようにします。

３．お預かりしたデータ、その他知り得た情報は一切漏えい致しません。

４．お預かりしたデータ、その他知り得た情報は不正に使用いたしません。

以上