様式第１－３号付属書類

個人情報の取扱に関する誓約書

　　年　　月　　日

福 井 市 長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 福井市 |
| 氏　名 |  |

(自署又は記名押印)

　私は、介護サポーターポイント制度生活支援員（以下、「介護サポーター」という。）として対象高齢者に関する情報について、適正な取扱を確保し、厳重に管理を行うとともに、その利用を事業の目的外に使用すること及び第三者に漏洩しないことを誓約します。

　また、介護サポーターでなくなった後も、業務上知り得た個人情報をいかなる目的にも一切使用しません。