様式第２－１号（ケア関連利用施設用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

いしかわ診療情報共有ネットワーク利用申請書（兼誓約書）

　いしかわ診療情報共有ネットワーク協議会長　様

　「いしかわ診療情報共有ネットワーク」の趣旨・内容を理解したうえで、同ネットワークを利用したいので申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  施設名 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  施設長名 | 印 |
| 所在地 | （〒　　　　－　　　　　） |
| 事業者区分 |  |
| 連携する情報提供  医療機関名 |  |

申請にあたり、以下のチェックした項目に同意・該当します。

|  |
| --- |
| □　「いしかわ診療情報共有ネットワーク」の利用にあたっては、『「いしかわ診療情報共有ネットワーク」利用に関する規程』を遵守します。 |
| □　電子証明書の管理は厳重に行い、端末のセキュリティ対策（ウィルス対策ソフトのインストール、ＯＳのアップデート等）を万全にすることを約束します。 |
| □　利用責任者及び利用者に、端末操作方法、個人情報保護、情報セキュリティ等に関する研修を受講させました。（受講日：令和　　年　　月　　日） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用責任者 | 所属部署 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

※　本書類は、地域事務局を経由して協議会へ提出して下さい。

以下　協議会記入欄

上記のとおり承認する。

令和　　年　　月　　日

いしかわ診療情報共有ネットワーク協議会会長　　　印