

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。

|             |        |
|-------------|--------|
| フガナ<br>施設名  |        |
| フガナ<br>施設長名 | 印      |
| 所在地         | (〒 - ) |
| 医療機関コード     |        |

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 「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」の利用に関する規程』を遵守します。       |
| <input type="checkbox"/> 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（ウイ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。 |
| <input type="checkbox"/> 利用責任者及び利用者には、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）      |

※同意・該当する項目にチェック願います。

|                       |           |  |
|-----------------------|-----------|--|
| 利<br>用<br>責<br>任<br>者 | 所属部署      |  |
|                       | フガナ<br>氏名 |  |
|                       | 電話番号      |  |
|                       | FAX番号     |  |
|                       | メールアドレス   |  |

※ 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