様式第５号（ゲートウェイ公開機関用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

いしかわ診療情報共有ネットワーク参加申請書（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、同ネットワークに参加し、情報を提供し、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 | （〒　　　　－　　　　　） |
| 医療機関コード |  |

|  |
| --- |
| □　「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。 |
| □　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。 |
| □　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ることを約束します。 |

※同意する項目にチェック願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |

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