様式第１―２号　ゲートウェイ公開機関への提出用（閲覧機関）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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）

　ゲートウェイ公開機関の長　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 | （〒　　　　－　　　　　） |
| 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。 |
| □　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） |

※同意・該当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 |  |

※　本書類は、利用を希望するゲートウェイ公開機関へ提出して下さい。

以下　ゲートウェイ公開機関記入欄

上記のとおり承認する。

令和　　年　　月　　日

ゲートウェイ公開機関の長　　　印