

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。

フガナ 施設名	
フガナ 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、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	
	フガナ 氏名	
	電話番号	
	FAX番号	
	メールアドレス	

※ 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