

半田市医師会「在宅医療連携システム」利用申請書
同意及び誓約書

一般社団法人半田市医師会 殿

私達は、半田市と一般社団法人半田市医師会が協定書を締結した在宅医療連携システム整備事業にて、一般社団法人半田市医師会が提供している「在宅医療連携システム」(以下「本システム」という。)の参加者として登録し、本システムを利用することを申請いたします。

なお、本システムの利用にあたっては、下記の同意及び誓約条項に同意します。

申込年月日	年 月 日
施設名	
施設住所	〒 住所
連絡先	TEL : FAX :
施設の代表氏名 (自署)	
利用者の氏名 (自署)	(「ふりがな」もお願いします)
利用者の職種	<input type="checkbox"/> 医師、 <input type="checkbox"/> 歯科医師、 <input type="checkbox"/> 薬剤師、 <input type="checkbox"/> 看護師、 <input type="checkbox"/> ケアマネ、 <input type="checkbox"/> その他 ()

【同意及び誓約条項】

- 1 私達は、「在宅医療連携システム」の利用にあたり、発行された ID・パスワードは本システムの利用に必要な限度で使用することとし、自己の責任をもって管理し取り扱います。また、発行された ID・パスワードは利用者以外が使用することが無いよう管理します。
- 2 私達は、本システムの利用に際し、故意又は過失を問わず、本システムに障害を与えた場合は、その復旧に全面的に協力し、損害が生じた場合には連帯して賠償致します。
- 3 私達は、本システムの利用にあたり、個人情報の漏えい等により個人の権利利益が侵害されないように善良な管理者の注意をもって本システムを取り扱います。当該個人情報に係る個人の権利利益を侵害し、損害が発生した場合には連帯して賠償致します。
- 4 私達は、本システムの利用に際し、使用方法、保管状況その他の事項に関する照会、指摘を受けたときは速やかに対応します。
- 5 私達は、「同意及び誓約書」に違反する行為を行った場合、システムの使用停止措置を受けることがあることを承諾します。