

福大西新みえるネット利用申請書

福岡大学西新病院長 殿

____年 ____月 ____日

医療機関（施設）名 _____

医療機関コード _____

施設長名 _____ (印)

当施設の所属医師が、「福大西新みえるネット」の利用を希望しております。
つきましては、以下のことを誓約させ、下記のとおり申請いたします。

1. 「福岡大学西新病院における地域医療連携ネットワークシステムに関する規程」を遵守し、これに違反した場合は利用許可を取り消されても異議申し立ていたしません。
2. 個人情報の保護に関する法律（平成15年5月30日法律第57号）及びその関連法令を遵守いたします。
3. 自身のID・パスワードの使用下において発生した、すべての事故・障害・情報漏えいについて責任を負うとともに、福岡大学西新病院及び患者に対して損害を与えた場合は誠意をもって対応いたします。
4. 診療記録の取り扱いについては十分に注意し適正な利用及び管理に努めます。

利用者名簿またはリストを添付します（添付した場合、下記の記入は不要）

記

所属（診療科） _____

(ふりがな)

利用者氏名 (自署) _____

生年月日：西暦 ____年 ____月 ____日 / 性別：____男性 ____女性

電話番号：____ / FAX番号：____

E-Mail（利用者） _____

以上

以下 西新病院記入欄

受理日： ____年 ____月 ____日 担当者： _____

登録日： ____年 ____月 ____日 担当者： _____