

# ひらかた地域医療連携ネットワーク入会申込書 兼 誓約書

ひらかた地域医療連携ネットワーク協議会 会長 殿

ひらかた地域医療連携ネットワークシステム管理責任者 殿

当機関は、「ひらかた地域医療連携ネットワーク協議会」の趣旨に賛同し、入会します。

また、同システムの利用に当たり、適正な運用管理及びデータの安全かつ適正な管理による個人情報保護等のひらかた地域医療連携ネットワーク運用管理規程に規定される責務を参照施設システム責任者に遵守させるとともに、機関内における当該事業の実施に伴う責任を負うことを誓約します。

令和 年 月 日

いずれかを選択してください

参照施設会員      開示施設会員      自治体会員      賛助会員

機関の名称										
医療機関コード	2	7								
機関の所在地										
機関の電話番号										
機関長名										
システム責任者 ※参照施設会員のみ										

※ 裏面もご確認の上ご記入ください。

以下 事務局にて記載します。

-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----\*-----

受付日：令和 年 月 日

(星ヶ丘・ひらかた・関西医大・佐藤)

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医療機関コード \_\_\_\_\_

登録年月日 令和 年 月 日 \_\_\_\_\_

ひらかた地域医療連携ネットワーク協議会 事務局

市立ひらかた病院 医療連携相談室 枚方市禁野本町2丁目14番1号

電話番号(直通) 0120-335-688 FAX(直通) 0120-927-154

事務局受付欄

こちらの項目にもご記入ください

参照場所	<input type="checkbox"/> 機関所在地と同じ
E-mail アドレス (システム責任者)	
参照に使用する機器	メーカー・型番・購入時期など
・ OS (オペレーションシステム)	バージョンも記入 (例: Windows 7 プロフェッショナル SP1)
・ ウェブ ブラウザ (IE 等)	バージョンも記入 (例: IE 9)
・ ウイルス対策ソフト	
・ インターネット接続環境	<input type="checkbox"/> 光回線 ・ <input type="checkbox"/> ADSL ・ <input type="checkbox"/> ISDN ・ <input type="checkbox"/> K c a t <input type="checkbox"/> その他 ( )

#### 利用者情報

利用者は、1人1ライセンスが必要です。

利用者コードについては、参照施設で任意に作成してください。最大8ケタで英数字となります。

パスワードについては、こちらで設定しお渡しします。3か月ごとに更新をお願いします。

(ふりがな) 氏 名	利用者コード	備考 (診療科など)

参照機器が複数台ある場合、利用者が6名以上申込みされる場合は、裏面のみコピーしてお使い下さい。