

第1号様式

Tri-net かすがい登録申請書

年 月 日

(宛先) 統括責任者 (春日井市民病院長)

住 所 _____

医療機関名 _____

代 表 者 名 _____ 印

(記名押印又は署名)

当医療機関において診療を行っている患者(以下「患者」という。)の診療情報の閲覧及び診察・検査の予約を目的に、次の事項に同意の上、春日井市民病院地域医療連携ネットワークシステム(以下「Tri-net かすがいシステム」という。)の登録を申請します。

- 1 私は、Tri-net かすがいシステムの利用に当たり、春日井市民病院地域医療連携ネットワークシステム利用規約及び運用細則を厳守します。
- 2 私は、Tri-net かすがいシステムの利用に際し、故意又は過失を問わず、Tri-net かすがいシステムに障害を与えた場合は、春日井市民病院に対し復旧に全面的に協力し、また、不適当な利用を行ったことにより春日井市民病院から損害賠償の請求を受けても異議がありません。
- 3 私は、Tri-net かすがいシステムを利用するに当たり、市民病院から医療情報の使用方法、保管状況その他の事項に関する照会を受けたときは速やかに対応します。
- 4 私は、当医療機関において春日井市民病院地域医療連携ネットワークシステム利用規約及び運用細則に違反する事由が生じた場合、春日井市民病院から Tri-net かすがいシステムの利用停止措置(全患者に関する使用停止を含む。)を受けることがあることを承諾します。
- 5 私は、私のみならず、所属する職員や業務委託先にも春日井市民病院地域医療連携ネットワークシステム利用規約及び運用細則を周知徹底させ、これらの関係者において違反があった場合でも、私の責任とします。