国立循環器病研究センター

（様式第5号）

**地域連携ネットワークシステム　参加申込書**

国立循環器病研究センター病院長　殿

国立循環器病研究センター地域連携ネットワークシステムの運営及び利用に関する要綱に同意のうえ、参加を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 年　　　月　　　日 |
| 医療機関名称  /医療機関コード | （ふりがな）  （医療機関コード（７桁）：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療機関代表者名 | （ふりがな） |
| 所在地 | 〒 |
| 担当者連絡先 | （TEL）  （E-mail）  （担当者名） |
| 利用方法 | 閲覧のみ　　・　　相互利用 |
| 既にID-Linkに参加している  施設のみ記入 | (参加ユニオン若しくは参加地域医療連携ネットワーク名)  ※ID-Linkの登録状況確認のため、当院より日本電気、SEC等に照会する場合がありますので、ご了承ください。 |

※必要添付書類として、「閲覧のみ」を希望する場合、担当者の医師免許証のコピーを1 部ご提出ください。

【国立循環器病研究センター取扱欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受理日：  　年　　　月　　　日 |  | 登録日：  年　　　月　　　日 |  |

誓　　約　　書

（様式第6号）

国立循環器病研究センター病院事業管理者　様

私は、国立循環器病研究センター地域連携ネットワークシステムの運営及び利用に関する要綱の規定に同意の上、同要綱に規定される責務、関連する法令、条例、ガイドラインを遵守することを誓約します。また、国立循環器病研究センター地域連携ネットワークシステムを通じて得た患者の診療情報の取扱いに関しては、国立循環器病研究センター地域連携ネットワークシステムの運営及び利用に関する要綱に定められた目的以外に使用しないこと及び第三者に漏えいしないことを誓約します。もし、私の故意、過失による情報漏えいが発生した場合は、相応の責任を認めます。

　　　　年　　　　月　　　　日

医療機関名称：

医療機関代表者名：

【国立循環器病研究センター取扱欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受理日：  　年　　　月　　　日 |  | 登録日：  年　　　月　　　日 |  |