申請日　　(西暦)20　年　月　日

熊本地域医療センター 院長 殿

地域医療連携システム利用申請書兼誓約書

私(当法人)の開設する診療機関において診療を行っている患者の診療情報を参照する目的で、熊本地域医療センター地域医療連携システムについて下記の厳守事項を同意の上、使用することを申請するとともに利用規程を遵守することを誓います。

利用医療機関情報

保険医療機関番号 (社会保険支払基金の番号)	
(フリガナ)	
医療機関名	
医療機関住所	〒
電話番号/FAX番号	【TEL】 096 －　　－　　/【FAX】 096 －　　－
E-Mailアドレス	@
備考	※保険医療機関番号はシステムログインID作成時に必要になります。

システム利用代表者情報
利用代表者は医師に限ります。

1	(フリガナ)	
	利用者氏名(代表者)	印

以下の者を利用者として指名し、地域医療連携システム利用規程を遵守するようにいたします。

2	(フリガナ)	
	利用者氏名	
	職種	□医師　□看護師　□その他（　　）
3	(フリガナ)	
	利用者氏名	
	職種	□医師　□看護師　□その他（　　）
4	(フリガナ)	
	利用者氏名	
	職種	□医師　□看護師　□その他（　　）
5	(フリガナ)	
	利用者氏名	
	職種	□医師　□看護師　□その他（　　）

【厳守事項】

１、私(当法人)は、地域医療連携システムの利用に当たり、利用規程を厳守します。

２、私(当法人)は、地域医療連携システムの利用に際し、故意又は過失を問わず、熊本地域医療センターの地域医療連携システムに障害を与えた場合は、熊本地域医療センターに対し復旧に全面的に協力します。

３、私(当法人)は、地域医療連携システムを利用するにあたり、熊本地域医療センター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(当法人)は、私(当法人)において地域医療連携システムの利用規程に違反する事由が生じた場合、熊本地域医療センターから地域医療連携システムのIDを取り消され使用禁止になることを承諾します。

５、私(当法人)は、私(当法人)のみならず、所属する利用者にも地域医療連携システムの利用規程を周知徹底させ、これらの利用者において違反があった場合でも、私(当法人)の責任とします。

【事前確認事項】

OS(オペレーティングシステム)バージョン	□ Windows11　□ Windows10（延長サポートのみ）□ その他（　　）
ご利用いただいているブラウザ	□ Chrome（推奨）□ Microsoft Edge　□ その他（　　）